

# Coordinación sociosanitaria: Una necesidad ineludible



Jornada Debate

Cáceres, 25 de Noviembre de 2009

III JORNADA DEL OBSERVATORIO ESTATAL  
DE LA DISCAPACIDAD Y LA REVISTA EL SIGLO

**COORDINACIÓN  
SOCIOSANITARIA:  
UNA NECESIDAD  
INELUDIBLE**

Edita: Grupo Nuevo Lunes  
Noviembre, 2009  
Punto y Seguido, S.A.  
C/ Ferrocarril, 37 Dpdo. Entreplanta  
28045-Madrid

INDICE	Pág.
ACTO INAUGURAL	
<b>José García Abad</b> , editor y director de El Siglo	9
<b>Marcelina Elviro</b> , concejala de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Cáceres	11
<b>Jesús Gumiel</b> , presidente del CERMI Extremadura	13
<b>Francisco Valverde</b> , presidente de Futuex, entidad gestora del Observatorio Estatal de la Discapacidad	17
<b>María Jesús Mejuto Carril</b> , consejera de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura	21
PONENCIA INAUGURAL	
<b>Pilar Rodríguez</b> , directora general del Imserso	25
PRIMERA MESA-DEBATE	
<b>LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES: REALIDADES Y PROYECTOS EN LA RED PÚBLICA</b>	
<b>Juan Carlos Campón</b> , director gerente del Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia de Extremadura (Sepad)	37
<b>Purificación Causapié</b> , secretaria general para la Atención a la Dependencia de la Junta de Andalucía	59
<b>Flor Morillo Garay</b> , jefa de Planificación de la Dirección General de Ordenación y Evaluación de la Consejería de Salud y Bienestar Social del Gobierno de Castilla-La Mancha	65
<b>Francisco Margallo</b> , director de Programas de la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre Discapacidad del Ministerio de Sanidad y Política Social	83

DEBATE

MODERADOR

**Alberto Herrera Tejada**, profesor de Economía y director de la Unidad de Atención a Estudiantes de la Universidad de Extremadura 99

SEGUNDA MESA-DEBATE

**RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD**

**Rosa Ruiz**,  
presidenta de la Comisión de Salud del Cermi y gerente de Feafes 111

**M<sup>a</sup> Ángeles Tortosa Chuliá**, profesora titular del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Valencia 127

**Ricard Barberá i Guillem**, investigador del ámbito de las personas mayores y atención a la dependencia del Instituto de Biomecánica de Valencia 155

DEBATE

MODERADOR

**José Manuel Bañegil Fondón**, coordinador de Informativos no Diarios de Canal Extremadura Televisión 177

## JORNADA DEBATE: COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA, UNA NECESIDAD INELUDIBLE



De izda. a dcha.: Juan Carlos Campón, director gerente del Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia de la Junta de Extremadura (Sepad); Marcelina Elviro, concejala de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Cáceres; M<sup>a</sup> Jesús Mejuto, consejera de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura; Jesús Gumiel, presidente del Cermi Extremadura; Francisco Valverde, presidente de Futuex, entidad gestora del Observatorio Estatal de la Discapacidad, y José García Abad, editor y director de EL SIGLO.



Aspecto de la sala durante la primera parte de las jornadas.



José García Abad.

## ACTO INAUGURAL

**José García Abad,**  
editor y director de EL SIGLO

Todo lo relacionado con la discapacidad, la revista E L SIGLO se lo ha tomado muy en serio desde el primer momento. Ahora, después de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia, una ley que tendrá sus defectos pero que realmente introduce un derecho importante y fundamental, que es lo esencial, la cosa no ha hecho más que empezar, por decirlo así. Hay que pasar de las filosofías a la gestión, y están surgiendo problemas que probablemente el legislador ni siquiera había previsto. Se va haciendo camino al andar, y concretamente me parece que el lema de estas jornadas es muy oportuno y acertado, porque la coordinación socio sanitaria es fundamental. El lema de las jornadas dice que es una necesidad ineludible, y, en efecto, a mí me parece que es esencial. Es una cuestión en la que hay que ir afinando también sobre la marcha, pero no viene mal reflexionar un poco sobre ello, adentrarnos en la teoría.



Marcelina Elviro.

**Marcelina Elviro,**  
concejala de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Cáceres

Buenos días a todos y a todas, señora Consejera, compañeros de mesa. Agradezco a la Consejería de Sanidad y Dependencia, al Observatorio Estatal de la Discapacidad y a la revista EL SIGLO haber decidido que estas jornadas se hicieran en Cáceres. Es un tema de gran impacto y relevancia para todas aquellas personas necesitadas. Os deseo un feliz día, y espero que conozcáis nuestra ciudad y estéis a gusto y contentos en ella. No tengo más que decir que paséis un buen día.

*“Hoy se va a debatir un tema de gran  
trascendencia para las personas con  
discapacidad”*  
Marcelina Elviro



Jesús Gumiel.

## **Jesús Gumiel,** presidente del CERMI Extremadura

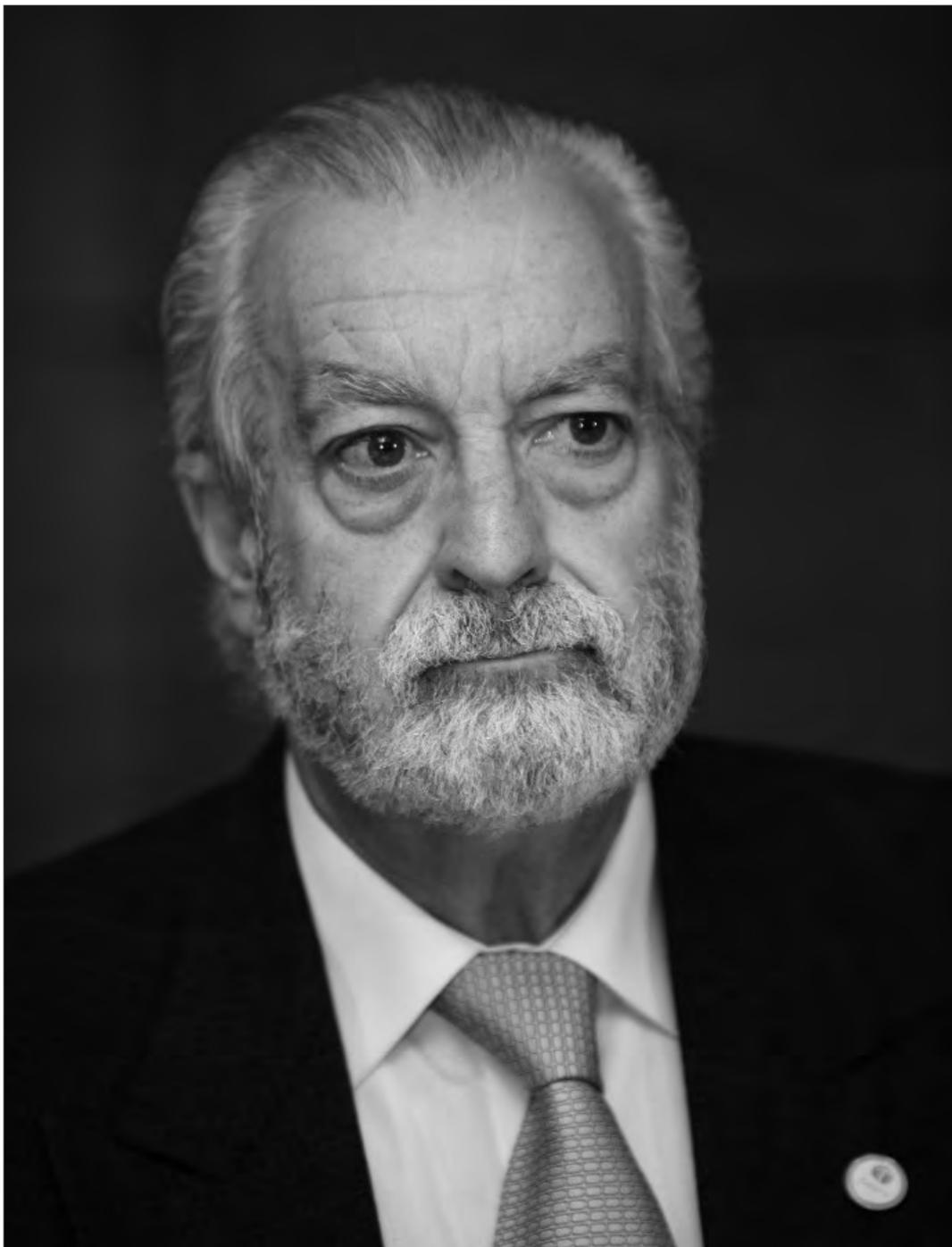
En primer lugar, quiero hacer una valoración muy positiva de la apuesta que en el ámbito de lo social y particularmente en el ámbito de la discapacidad la revista El Siglo viene ejerciendo. Los medios de comunicación son nuestros mejores aliados porque nos permiten llegar a toda la sociedad, y más cuando se abordan nuestros temas en medios de temática general y que además son rigurosos y de prestigio, como es el caso de la revista EL SIGLO. Por ello, le quiero dar las gracias a José García Abad y a todo su equipo.

He estado la semana pasada en el encuentro que todos los años venimos celebrando los responsables de los CERMI's autonómicos, y en el acto de inauguración de este importante evento, que sin duda es uno de los más relevantes de cuantos se celebran en nuestro país en materia de discapacidad, el presidente de la Comunidad Autónoma en la que se desarrollaba toda la actividad dijo bien alto y claro ante todos los presentes lo siguiente: "Los políticos no estamos para hacer favores; no estamos para ser generosos; no estamos para quedar bien. Estamos —añadió— para garantizar los derechos de los ciudadanos, porque tenemos la obligación de velar por vuestra dignidad, especialmente la de los colectivos más vulnerables, sobre todo la de las personas con discapacidad". Y concluyó animándonos a cumplir una de nuestras obligaciones, la de reivindicar. Ese sentir tan loable y normalizador podemos decir con satisfacción que también se da en nuestra Comunidad Autónoma, en Extremadura, y nuestra Consejera de Sanidad y De-

pendencia es el mejor ejemplo de esta forma de entender la política, siempre atenta a escuchar nuestras demandas, entendiendo nuestro papel y con el diálogo por delante.

Por ello, centrándome en el tema principal de esta jornada, y cumpliendo precisamente con mi mayor obligación, la de reivindicar, quiero hacer dos consideraciones: la primera, que como bien dice el lema de las jornadas, la coordinación socio sanitaria es realmente una cuestión ineludible en la que las personas con discapacidad nos jugamos mucho, y yo incluso diría que muchas de las personas de nuestro colectivo se lo juegan prácticamente todo. La segunda, que para llegar a una buena coordinación en este ámbito es preciso que antes estén resueltos los temas cotidianos, la auténtica base de una verdadera atención socio sanitaria, como por ejemplo que se actualice el catálogo de material ortoprotésico o que se cambien las mentalidades en el sentido de entender, como es de justicia, que las personas con discapacidades crónicas precisan rehabilitación, o que esté garantizada la accesibilidad universal y la eliminación de barreras en el diseño de las infraestructuras y los dispositivos necesarios para nuestra atención, o la adecuada formación de los profesionales para que el trato no sea discriminatorio, y así un largo etcétera. Esto permitiría llegar al siguiente paso, y que el mismo se entienda también como ineludible, y en esto parece ser que estamos de acuerdo con el Ministerio, que no es otro que la creación de itinerarios individualizados de atención socio sanitaria en función de las necesidades concretas de la persona, y por supuesto, que no se caiga en el error de reducir la discapacidad a la dependencia ni correr el riesgo de diluir las políticas de discapacidad. Pero todos estos temas y otros muchos serán tratados con profundidad durante estas jornadas. Por mi parte, quiero concluir como empecé: recordando lo que los representantes de las administraciones públicas nos dicen, desde la sinceridad y el compromiso social, que están para garantizar nuestros derechos y defender nuestra dignidad.

*“Los medios de comunicación son nuestros  
mejores aliados porque nos permiten llegar a  
toda la sociedad”*  
Jesús Gumiel



Francisco Valverde.

**Francisco Valverde,**  
presidente de Futuex, entidad gestora del Observatorio Estatal  
de la Discapacidad

Un año más nos reunimos en lo que ya van siendo unas características jornadas otoñales, en este caso nos reunimos en la ciudad de Cáceres, Patrimonio de la Humanidad, y que también cuenta expresamente desde hace tiempo con el apoyo de Futuex, Fundación a la que me honro en presidir, en esa capitalidad cultural del año 2016. En este final del año 2009, cuando estamos ya terminando la primera década del siglo XXI, todos los aspectos que se relacionan con el mundo de la discapacidad están sufriendo una aceleración en positivo. Sin ir más lejos, me van a permitir que les comente que hace unos días se presentaba en Madrid un tratado muy importante. El tratado era 'Hacia un derecho de la discapacidad'. Más de cuarenta personalidades del mundo del Derecho han trabajado en este volumen que ha sido, además, dedicado a una figura clave en estos años en el tema de la discapacidad en general, como ha sido el profesor Rafael de Lorenzo. Pues bien, pocos días después teníamos ocasión de presenciar también en Madrid la presentación del Observatorio Europeo de los Fondos Estructurales y la Discapacidad. En presencia de la ministra, Trinidad Jiménez, la Fundación ONCE presentó este observatorio, que va a suponer un impulso enorme en el aspecto económico para todos los temas de la discapacidad.

Como decía al principio, estamos en un siglo de las luces, aunque donde hay luz siempre hay sombra también, lógicamente. Y en el caso concreto que nos reúne aquí hoy, el de la coordinación sociosanitaria, vamos a empezar con las luces.

La luz es que nuestra Comunidad Autónoma ya lleva recorrido ese camino, o va recorriendo ese camino, de tal forma y manera que en la presente legislatura, se han unificado en una sola Consejería Sanidad y Dependencia, de manera que tenemos camino andado, y como muy bien ha dicho Jesús Gumiel, estas son tareas inacabadas. Son caminos que hay que estar recorriendo continuamente para progresar en la mejora de las personas con discapacidad. De manera que en nombre del Observatorio Estatal de la Discapacidad, que gestiona Futuex, también agradezco a la revista E L SIGLO este encuentro anual para poner en común estos temas y que no se nos olvide que hay mucho camino por recorrer todavía.

*“Todos los aspectos que se relacionan con el mundo de la discapacidad están sufriendo una aceleración en positivo”*  
Francisco Valverde



María Jesús Mejuto Carril.

## INAUGURACIÓN

### **María Jesús Mejuto Carril,** consejera de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura

Estoy encantada de estar en esta mesa de inauguración de las jornadas que organiza la revista EL SIGLO con el Observatorio de la Discapacidad. Ya se ha dicho aquí, el lema de esta jornada es 'Coordinación sociosanitaria, una necesidad ineludible'. Y me gustaría inaugurar esta jornada haciendo una referencia directa, precisamente, a este lema, pero desde una perspectiva muy concreta. Todos sabemos que la coordinación sociosanitaria es un aspecto presente en cualquier normativa que se refiera a la atención sanitaria o a la política social. Entendemos que lo sociosanitario se ha visto como un tercer espacio más o exclusivamente como una dimensión de coordinación de lo sanitario y lo social. Es algo cada vez más tangible y, más o menos, definido en nuestro territorio autonómico. Ante esta situación, los compromisos de las administraciones estatal y autonómica para conseguir la ansiada coordinación sociosanitaria son claros, pero quizá desarrollados a diferentes velocidades que no facilitan una igualdad de atención al ciudadano.

En lo que respecta a nuestra comunidad, Extremadura, era ya en el año 2003 consciente de esta realidad y apostó de una manera muy importante por la atención sociosanitaria, creando ya en aquel momento una Dirección General que llevaba este nombre dentro del Servicio Extremeño de Salud, con el objetivo de poder situar, de una vez por todas, este concepto hasta ese punto poco definido. La coordinación sociosanitaria en Extremadura ya existía en mayor o menor medida,

pero no de una manera protocolizada y orientada con unos objetivos claros, sino que era producto de la iniciativa y la motivación profesional de todos aquellos que trabajaban tanto en un entorno como en el otro.

Como consecuencia de esta organización institucional, se pusieron a trabajar todos aquellos profesionales que desarrollaban su labor tanto en el ámbito sanitario como en el social, y resultó lo que llamamos el Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010. Este plan posibilitó un escenario de coordinación en el que la atención sanitaria y la atención social trabajaban de una manera efectiva y eficiente, y dentro de unos perfiles de atención específicos. Se crearon, por lo tanto, coordinaciones sociosanitarias en diversos niveles de atención que consiguieron que no naciera por falta de celo un tercer espacio sociosanitario. Es decir, se argumentó que para qué crear algo nuevo llamado sociosanitario, si ya existía una estructura y programas suficientes en la sanidad y en la atención social. Lo que había que definir era cómo esas dos estructuras se ponían en contacto, en relación, y conseguían aproximar sus objetivos de forma común. Es decir, la atención a las necesidades de la salud y la ayuda al ciudadano.

Otros avances se han venido sumando a esta iniciativa que puso en marcha la Junta de Extremadura, y de ahí la importancia que para nosotros tiene la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que entró en vigor en enero de 2007. Lo más destacable de esta ley, entre otras cosas, es el reconocimiento de un derecho al ciudadano, un derecho subjetivo a reconocerle una situación de dependencia. Nuestra Comunidad Autónoma, siguiendo en esa línea, creó en julio de ese mismo año, coincidiendo con la constitución del nuevo ejecutivo regional, la Consejería de Sanidad y Dependencia.

### **Derecho subjetivo**

Respecto al derecho subjetivo del ciudadano, nace de una norma jurídica, de una ley o de un contrato a través de un acuerdo de voluntades. Su esencia es el poder jurídico que la norma jurídica otorga a todo individuo para poder reclamar, mediante la acción judicial, el incumplimiento de una obligación. Todo ello nos pone en una situación muy diferente a la que había antes de la declaración de ese derecho subjetivo por ley. Por lo tanto, no tener regulada una atención sanitaria implicaría la desprotección de los ciudadanos; no tener regulada la atención social tal cual la tenemos actualmente implicaría, del mismo modo, desasistencia; no tener organizada la atención sociosanitaria implicaría, por referirme a temas concretos, abandono de cuestiones tan importantes como son la continuidad de los cuidados; implicaría desinterés por una gestión eficiente de camas hospitalarias, im-

plicaría tener una visión parcelada de la realidad actual en atender a personas en situación de dependencia, y sobre todo, implicaría desamparo para el ciudadano a ser atendido según sus necesidades. Y añadido más: si este ciudadano tiene reconocido su derecho como persona en situación de dependencia, se estaría vulnerando un elemento muy importante que recoge la ley, y al que no podemos renunciar. Se estaría vulnerando su derecho a ser atendido, según requiere su necesidad de ayuda.

Es por todo esto que al principio hablaba de ofrecer un punto de vista algo particular a la hora de justificar esa necesidad ineludible, que aparece en el lema de esta jornada, de tener claros y estructurados los canales de coordinación sociosanitaria, porque si desde nuestra Administración no conseguimos establecer los programas y los protocolos adecuados en esta materia, estaremos vulnerando derechos a los ciudadanos reconocidos por nuestro ordenamiento normativo.

*“En la Comunidad de Extremadura se  
constituyó la Consejería de Sanidad y  
Dependencia en julio de 2007”*  
María Jesús Mejuto Carril



Pilar Rodríguez.

## PONENCIA INAUGURAL

**Pilar Rodríguez,**  
directora general del Imserso

Personalmente, para mí es un placer encontrarme con todos ustedes en este lugar, Cáceres, en esta Comunidad Autónoma, Extremadura. En mi exposición voy a plantear algunos asuntos de gran importancia, creo que para todos los que estamos aquí, y de alguna manera, especialmente para los profesionales que trabajan en Extremadura, como son el Observatorio de la Discapacidad, la estrategia de coordinación sociosanitaria y la apuesta por la calidad de los servicios de atención a las personas relacionada con el despliegue del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. Y dentro de este nuevo sistema de protección, haré una referencia a nuestros centros de referencia estatal, y concretamente me referiré al Centro de Referencia Estatal para la Promoción de la Vida Independiente, que vamos a poner en funcionamiento de manera inmediata en Olivenza. Por tanto, quiero manifestar mi agradecimiento a los organizadores, el Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista El Siglo por esta invitación al Ministerio de Sanidad y Política Social.

Creo que esta jornada es el marco idóneo para felicitar al recientemente creado Observatorio Estatal de la Discapacidad y a las entidades que junto con el Ministerio de Sanidad y Política Social lo han hecho posible, por el trabajo que están realizando. Desde la perspectiva del Ministerio, al que me honro en representar el Observatorio forma parte de las acciones a impulsar políticamente en todo lo que tenga que ver con las líneas de trabajo políticas relacionadas con la discapacidad.

Un impulso que el Gobierno de España ha sostenido en estos últimos años con el compromiso de que el Observatorio sea naturalmente una herramienta en la que las acciones políticas pasadas y futuras y su implantación e influencias sociales se vean analizadas y reflejadas para beneficio especial del grupo de personas con una discapacidad. Paso a paso, el trabajo del Observatorio, sin duda, va a compensar el esfuerzo realizado en su creación por sus aportaciones en diferentes vertientes. Por una parte, como instrumento clave de investigación y estudio de las políticas sobre discapacidad, el Observatorio está ayudando, y ayudará cada vez más, a cubrir las carencias en el análisis y comprensión del fenómeno de la discapacidad. Así se recogía ya en el convenio de creación de este Observatorio en el que las entidades promotoras coincidían en la defensa en los derechos e intereses de las personas con discapacidad y en lo necesaria que era la creación de un Observatorio con carácter global, tanto a nivel territorial como temático, que abordara todas las facetas de la vida de las personas con discapacidad y realizara propuestas en materia de políticas de inclusión social y de derechos. Por tanto, el Observatorio en su actividad ha venido a cumplir así una de las líneas de trabajo prioritarias de la Secretaría General de Política Social y Consumo, efectuando el seguimiento de las tendencias en discapacidad a todos los niveles, con el fin de mejorar las políticas públicas en este terreno.

En segundo lugar, al cumplimiento del objetivo anterior ayuda, sin duda alguna, el hecho de que el Observatorio sea un buen ejemplo de coordinación de las administraciones públicas con la universidad y el conjunto de la comunidad científica, así como con las entidades representativas de las personas con discapacidad.

Esta presencia y participación de diversos sectores sociales en el Observatorio potencia la eficiencia de las políticas públicas y de las decisiones adoptadas al disponer de fuentes más amplias de información y al estudiar nuevas perspectivas de los problemas y proponer soluciones alternativas. En esta jornada van a abordar un tema fundamental para la calidad de vida de las personas con discapacidad, para garantizar la continuidad de cuidados y la buena atención de las personas cual situación de dependencia. El título de la jornada es 'La coordinación socio sanitaria, una necesidad ineludible'. Realmente lo es, y lo es hace ya mucho tiempo y, por tanto, ocupa, ha ocupado y ocupará la reflexión de quienes, desde muy diversas posiciones, trabajamos en favor de las personas con discapacidad o en situación de dependencia.

### **Tema recurrente**

¿Por qué se habla y se hablará de la coordinación socio sanitaria? Parece que fuera un tema nuevo, pero yo creo que los que llevamos en este asunto tiempo sa-

bemos que es un tema recurrente que aparece y que muestra la dificultad de conseguir avances en que todavía nos estemos planteando cómo empezar a resolver este problema de la falta de coordinación entre el ámbito social y lo sanitario. Este momento es un momento histórico crucial, porque hay una serie de concomitancias, de cambios sociales que yo creo que hacen ya absolutamente ineludible abordar este asunto de la coordinación.

Hay una realidad demográfica clara, que es el cambio demográfico, el envejecimiento de la población, que plantea un enorme desafío a nuestra sociedad en muchas vertientes, pero desde luego en el ámbito de los cuidados, demanda una coordinación sociosanitaria urgente, y también de la prevención. A este envejecimiento de la población que conlleva, lógicamente, asociado a él un aumento de la falta de autonomía personal y de la de las situaciones de dependencia, se unen las situaciones de discapacidad a cualquier edad y no producidas por edad, sino por problemas genéticos, por enfermedades, por accidentes, etc. Este cambio sociológico experimentado en nuestro país, junto con otros tan relevantes como la incorporación masiva de las mujeres al mundo laboral, cuando han sido ellas las cuidadoras tradicionales y únicas de los miembros más vulnerables de las familias y la concienciación de la ciudadanía sobre los derechos que tiene, está haciendo necesario establecer prestaciones y servicios que atiendan las nuevas necesidades. Y aquí aparece y se consolida la oportunidad de la implantación y la promulgación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia que da carta de naturaleza a este nuevo derecho de ciudadanía, para que todos sepamos que tenemos derecho a ser atendidos por medio de recursos públicos cuando necesitemos cuidados de larga duración. Este nuevo derecho significa que hemos dado un paso más para avanzar en calidad de vida y en dignidad personal cualquiera que sean nuestras circunstancias, si necesitamos atención permanente.

Nuestra ley, que está impulsando el despliegue de esos servicios que están conformando y conformarán el cuarto pilar del Estado de bienestar, respondía a una necesidad ampliamente sentida por muchas familias, sobre todo cuando tenían una persona en situación de dependencia y a la que el actual Gobierno de España respondió de manera decidida.

Por eso, el sistema de atención a la dependencia viene a designar modos de disposición de recursos de protección social que se ocupan de proporcionar prestaciones y servicios a las personas con discapacidad o a las personas mayores y a sus familias. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal es una ley que transversalmente afecta a muchos ámbitos, a muchos agentes, y por eso está previsto que su despliegue llegue hasta el año 2015, hasta que pueda realizarse

completamente. Yo creo que todavía llegaremos más allá, pero para que esta ley muestre realmente su mayor eficacia, el ámbito de los servicios sociales debe estar estrechamente conectado con el sistema de salud.

Como bien sabemos, la correcta atención de las personas en situación de dependencia requiere a la vez la intervención de los servicios sociales y del sistema sanitario, porque es muy difícil poner la frontera donde acaba lo social y comienza lo sanitario, y viceversa. La tradicional separación entre el derecho a la salud como un derecho universal y los servicios sociales, que eran de carácter asistencial, dificultaba en gran manera que esta coordinación sociosanitaria pudiera realizarse. Esta separación, esta diferencia entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario, se está difuminando, afortunadamente, con la aparición de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal al elevar a categoría de derecho subjetivo la atención de los servicios sociales.

### **Reivindicación**

El término sociosanitario, bien lo conocéis en este foro, no es nuevo, y viene siendo reivindicado por profesionales de la salud y fundamentalmente, añadido yo, de los servicios sociales desde hace bastantes años. Sin embargo, es ahora, con el despliegue del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, cuando ha tomado nueva fuerza y se está extendiendo esta necesidad a toda la sociedad. Actualmente, toda la ciudadanía comprende y demanda una necesaria coordinación entre el sistema sanitario y de servicios sociales si queremos alcanzar eficacia y calidad en ambos ámbitos. Esta coordinación beneficia tanto al sistema sanitario como al sistema de servicios sociales. Por tanto, por todas las razones que he expresado, hacen que esta nueva etapa en que la sanidad y la política social van juntas se presente como una extraordinaria oportunidad para el impulso de las acciones que hagan realidad una atención sociosanitaria de calidad.

Tenemos, por tanto, un enorme reto ante nosotros. Se trata de una tarea que también es ilusionante y creativa: dar contenido real y concreto al término sociosanitario. Todos estamos llamados en este trabajo, profesionales, asociaciones de personas con discapacidad, de personas mayores, investigadores, la iniciativa privada, y por supuesto, las administraciones públicas a través de los responsables de las políticas sanitarias y de política social. Nuestra ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, se ha comprometido en este ámbito de la atención sociosanitaria y ha convocado para el mes de febrero una sesión conjunta del Consejo Interterritorial de Salud y del Consejo Territorial del Sistema de Autonomía Personal. El objetivo no es otro que aprobar una estrategia de coordinación sociosanitaria en la que ya estamos trabajando en colaboración, naturalmente,

con las Comunidades Autónomas, que son las que deben después aplicarla.

El actual Gobierno de España quiere que toda la ciudadanía reciba iguales prestaciones socio sanitarias y en idénticas condiciones de calidad en cualquier punto del territorio español y, en esta misma línea, se inscriben las actuaciones derivadas del Pacto de Estado por la Sanidad, los avances y mejoras en la aplicación y evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y las medidas para garantizar la sostenibilidad de servicios y prestaciones. Insisto en que el término socio sanitario no es nuevo, ni para la Administración General del Estado ni para las Comunidades Autónomas. Desde hace mucho tiempo era un término utilizado y reivindicado por nuestros profesionales. Ahora, ya lo hemos dicho, la cuestión socio sanitaria se torna en prioridad absoluta para que el correcto despliegue del sistema de autonomía personal sea posible.

Hay muchísimos ámbitos de trabajo en esa estrategia que estamos haciendo en colaboración con las Comunidades Autónomas, se está planteando en qué ámbitos conviene concretar este espacio socio sanitario de coordinación, y tenemos muchos relacionados con el despliegue del sistema. Lo primero es que no se puede hablar de prevención si no está el sistema sanitario y el de servicios sociales trabajando de forma conjunta. Cuando hablamos del proceso de valoración para acreditar que la persona tiene o no una situación de dependencia, estamos hablando de una cuestión fundamental que son los diagnósticos, que en este momento no se producen de manera adecuada en todo el territorio, y eso es una cuestión que está relacionada con la coordinación socio sanitaria.

Si nos referimos a los servicios del catálogo del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, por ejemplo, la teleasistencia, debemos dar el paso hacia la teleasistencia avanzada y ver las posibilidades que tiene, el potencial tan grande que tiene ese servicio para desarrollar cuestiones relacionadas con la televigilancia, con la puesta en común del sistema sanitario y los servicios sociales a través de esa tecnología, está claro que hay un campo enorme de trabajo. Y lo mismo ocurre con la atención domiciliaria, en la que la ayuda a domicilio tradicional de los servicios sociales se tiene que conectar con la atención domiciliaria del sistema sanitario. El sistema social tiene los trabajadores de ayuda a domicilio, el sistema sanitario tiene el profesional, sobre todo, de enfermería domiciliaria. Tenemos que articular la forma de hacer posible la mejor atención mediante esta coordinación.

Los centros de día son otro ejemplo de la necesidad de coordinar las actuaciones sanitarias y sociales en lo que se refiere a rehabilitación, y qué decir de los alojamientos, de las residencias, cuando hay una atención sanitaria que de mane-

ra absolutamente impropia se está prestando por el sistema social. Con lo cual fíjense si tenemos líneas de trabajo en las que ir avanzando e innovando, porque yo creo que lo bueno del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia es que permanentemente nos exige un esfuerzo de innovación, y esto es creativo y tiene yo creo que mucha potencia. Estamos en un momento muy mágico, diría yo, del desarrollo y la implantación de los servicios sociales.

### **Centros de Referencia Estatal**

De la coordinación sociosanitaria, que es un tema que me apasiona, podríamos hablar toda la mañana. Creo que es una tarea apasionante, y estoy segura de que todos coincidís conmigo en esta apreciación. Decía al principio que, además de hacer una referencia somera al Observatorio Estatal de la Discapacidad y al asunto de estas jornadas, a la coordinación sociosanitaria, quería referirme también, porque creo que tiene mucho interés para este auditorio, a los Centros de Referencia Estatal que está desplegando el IMSERSO y que ya tenemos varios, cinco o seis, en funcionamiento, y otros tantos que están en proceso de diseño e implantación. Están relacionados con el Sistema para la Autonomía Personal, porque es tan enormemente complejo y variado el asunto de las situaciones de dependencia que requiere un tratamiento específico, sobre todo de gestión del conocimiento. Porque como sabemos tan poco y es todo tan complejo, estos centros lo que intentan es tener, y de ahí que sean centros de referencia estatal, una dimensión clara de gestión del conocimiento a través de la investigación, la formación, las publicaciones alrededor de ese asunto.

Dentro de esta red de centros, sabéis muy bien que en esta Comunidad Autónoma está previsto que en la localidad de Olivenza se ubique el Centro de Referencia Estatal para la Vida Independiente, en el que además se insertará el Observatorio de la Discapacidad. ¿Por qué un centro de referencia estatal de vida independiente? Porque durante muchos años, el modelo de atención a las personas en situación de discapacidad o dependencia ha sido asistencial, paternalista. Todos los que estamos aquí estamos en contra de ese modelo, y por eso el hecho de que exista un centro de vida independiente va a trabajar en esa línea de cómo hacer posible que las personas que tengan limitaciones en su capacidad funcional desarrollen una vida totalmente independiente, integrada en su comunidad.

El movimiento de vida independiente, como saben ustedes, pone el acento en el papel activo que debe jugar la persona con discapacidad funcional en el diseño de sus vidas, sobre todo en la toma de decisiones sobre cómo, cuándo, dónde vivir, y por quién desean y dónde recibir las atenciones que precisan. La ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal asume

el concepto de vida independiente como uno de sus principios al afirmar en su artículo 2, que vida independiente es la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad. En este sentido, nuestra legislación ha sido pionera al recoger el concepto de vida independiente, que tres años más tarde reflejaría también el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad adoptada por Naciones Unidas en diciembre de 2006. Esta Convención exige de los gobiernos que ratifiquen el instrumento, que cumplan el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad. Ese mismo artículo, en su apartado A, desarrolla lo que significa este derecho al afirmar textualmente que “las personas con discapacidad deberán tener la oportunidad de elegir su lugar de residencia, y dónde y con quién quieren vivir en igualdad de condiciones con los demás, sin que se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico y determinado por otros”.

### **Movimiento de vida independiente**

En España, esta filosofía del movimiento de vida independiente comenzó a tener relevancia, es verdad, hace muy pocos años, y el Ministerio y el IMSERSO han jugado un papel esencial en la difusión de esos principios a través de investigaciones, organización de congresos, seminarios, estudios, publicaciones, etc. La citada Ley 51/2003 dio soporte legal a medidas que garantizaron los principios de la filosofía de la vida independiente, y se sentaron las bases para evitar la discriminación y la falta de igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. El impulso definitivo lo ha dado la promulgación de la Ley de Promoción de Autonomía Personal, que establece la creación del mencionado sistema de atención a la dependencia, que tiene en cuenta no sólo la atención a las personas en esta situación sino también, y yo creo que es el mejor acierto de la ley, la promoción de su autonomía personal. De forma que todas las personas con discapacidad o dependencia puedan tomar decisiones personales para vivir según sus propias preferencias y estilo de vida.

Evidentemente, esa ruptura de estereotipos vinculados a las personas en situación de dependencia durante muchos años conlleva un cambio de mentalidad en toda la sociedad. Por eso, y sustentándose en la cobertura legal que ofrece la Ley de Promoción de la Autonomía Personal, el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través del IMSERSO, ha incluido entre sus prioridades la creación de un centro de referencia estatal para la vida independiente. Su fin será servir de herramienta fundamental para que las políticas sociales dirigidas a las personas con discapacidad innoven y avancen. El centro será un recurso de ámbito nacional en

la promoción de la vida independiente, que servirá de impulso para la creación de otros autonómicos y locales especializados. En el centro de referencia estatal tendrán un papel relevante las organizaciones representativas de las personas con discapacidad, el movimiento de vida independiente y, naturalmente, todas las personas con diversidad funcional. Desde este centro se profundizará en la investigación, en la formación y muy especialmente en la sensibilización de la sociedad para que, con la fuerza de todos, se pueda materializar la vida independiente de las personas con discapacidad.

No voy a referirme a todas las tareas que va a hacer el Centro de Referencia de Olivenza, que por otra parte son las mismas que he explicado antes, que serán las de cualquier centro de referencia de los que tenemos y tendremos. Tiene que trabajar en el ámbito de la gestión del conocimiento, creando redes de investigación, conectando con todos los grupos que estén trabajando en esta línea de vida independiente, haciendo formación, encuentros, congresos y promoviendo la creación de esos otros centros de vida independiente por otros territorios. En definitiva, el centro de referencia tendrá como misión conseguir entornos sin barreras a través de la comunicación, la tecnología adecuada y el impulso del diseño universal. Y todo ello con el objetivo, a su vez, de generar nuevo conocimiento y experiencias innovadoras sobre la vida independiente que la promuevan e impulsen, la implantación y desarrollo de otros centros de vida independiente que estén cerca de la gente, que es de lo que se trata.

En esta línea de trabajo, en la línea de la promoción de la autonomía personal, también desde el IMSERSO estamos trabajando y promoviendo el desarrollo de un plan integral de promoción del envejecimiento activo y saludable que tendrá muy en cuenta las sugerencias recogidas en el Libro Blanco de las Personas Mayores y del Envejecimiento, que en este momento estamos elaborando en cooperación con la comunidad científica. Es otro ámbito muy interesante de trabajo, esta vez en el ámbito del envejecimiento, trabajar concretamente porque el paradigma del envejecimiento activo sea posible para ganar en calidad de vida de las personas mayores, y también frenar los procesos de dependencia, que sabemos, hay conocimiento científico suficiente que avala que cuando hay medidas preventivas se reducen las situaciones de dependencia e incluso se eliminan.

En el marco que acabo de describir, el Observatorio Estatal de la Discapacidad, tanto a través de jornadas como las de hoy como en su actividad habitual, cumple con la obligación y también con la oportunidad de colaborar en la creación de conocimiento en la esfera de las necesidades sociales, ámbito en el que, como en ningún otro, la suma de esfuerzos y la contribución de todos son imprescindibles para alcanzar los mejores objetivos. Unos objetivos dirigidos siempre a im-

plementar los medios necesarios para que las personas con discapacidad y en situación de dependencia puedan disfrutar de los derechos de los que son acreedores.

Estoy segura del éxito de esta jornada y de la riqueza de sus conclusiones, que aportarán ideas y criterios que nos ayuden a todos a delimitar con precisión el ámbito sociosanitario, así como a definir los programas y acciones necesarios para llevarlo felizmente a la práctica en beneficio de todos nuestros conciudadanos con discapacidad o en situación de dependencia.

*“Hay una serie de cambios sociales que hacen  
ineludible abordar ya la coordinación  
sociosanitaria”*  
Pilar Rodríguez

## JORNADA DEBATE: COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA, UNA NECESIDAD INELUDIBLE



De izda. a dcha.: Juan Carlos Campón, director gerente del Servicio de Promoción de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia de Extremadura (Sepad); Purificación Causapié, secretaria general para la Atención a la Dependencia de la Junta de Andalucía; Alberto Herrera Tejada, profesor de Economía y director de la Unidad de Atención a Estudiantes de la Universidad de Extremadura; Flor Morillo Garay, jefa de Planificación de la Dirección General de Ordenación y Evaluación de la Consejería de Salud y Bienestar Social del Gobierno de Castilla-La Mancha, y Francisco Margallo, director de Programas de la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre Discapacidad del Ministerio de Sanidad y Política Social.



El público siguió con máxima atención el desarrollo del debate.

PRIMERA MESA-DEBATE

**LA COORDINACIÓN  
DE LOS SERVICIOS  
SANITARIOS Y SOCIALES:  
REALIDADES Y PROYECTOS  
EN LA RED PÚBLICA**



Juan Carlos Campón.

**Juan Carlos Campón,**  
director gerente del Servicio de Promoción de la Autonomía y  
Atención a la Dependencia de Extremadura (Sepad)

Es un placer volver a compartir el espacio que nos proporciona la Fundación para la Promoción y Apoyo a las Personas con Discapacidad, el Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista EL SIGLO para debatir en torno a temas relacionados con el desarrollo del bienestar de las personas en nuestra Comunidad Autónoma, y por ende en el resto del Estado español. Hoy abordamos un tema importante al que el Gobierno de Extremadura le ha concedido una importancia especial, que se circunscribe en el entorno de la coordinación de los servicios sociales y sanitarios y que, como bien titula esta mesa redonda, debe ser una realidad en entornos de la red pública.

Partimos de una situación histórica en la que en los sistemas de atención a la salud y los sistemas de atención a las personas más vulnerables, en los servicios sociales, existía una ubicación de la persona con un alto nivel de dependencia en una red poco definida, en una red que, en algunas ocasiones, resultaba excesiva en la atención sanitaria y escasa en la atención social, o una red subsidiaria, en la que tal y como se estaba constituyendo a lo largo del tiempo la red social del sistema sanitario, nos encontrábamos con una situación en la cual se solventaban los problemas de los ciudadanos o bien con una institucionalización, ingreso en un centro, o bien con una atención en el domicilio para aquellas personas que nece-

sitan una atención necesaria prolongada y desde luego, no con los criterios de calidad que todos entendíamos que debía tener.

Por otra parte, estábamos en un entorno en el que la atención a las personas con cuidados sanitarios prolongados intensos se estaba promoviendo desde la acción social, no el mejor entorno de atención, y la derivación de responsabilidades de un sector hacia el otro sector, sin que hubiera procesos bien definidos de coordinación. Todo esto, además, en un contexto legal que nos marcaba tanto la ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 14, que ya invitaba a las administraciones públicas a que definieran procesos de atención compartidos en los entornos sociosanitarios. Y, al mismo tiempo, en nuestra Comunidad Autónoma, con la Ley, del año 87, de Servicios Sociales, que también indicaba ya en su articulado la necesidad de que se produjeran esos procesos continuos de atención.

En este panorama y con este entorno, desde la Comunidad Autónoma de Extremadura, comenzamos a trabajar en el año 2003 analizando esos procesos de organización y de coordinación dentro del Plan Marco de Atención Sociosanitaria. Esto concluyó en una serie de planteamientos estratégicos por parte del Gobierno de la Comunidad Autónoma que nos llevó, en la actual legislatura, a contar con una Consejería específica del ramo, que entendiera de la atención sociosanitaria de las personas, generando además un ente público que se ocupara, en concreto, de la atención a las personas en situación de dependencia, y que se materializó en una serie de actuaciones e intervenciones que daban validez, desde nuestro punto de vista, al modelo que en nuestra Comunidad Autónoma estábamos implantando. De ahí esa cartera de proyectos, de programas que, posteriormente, voy a pasar a enumerarles.

### **Plan marco**

El plan marco venía a definir un espacio en el que era necesaria la interlocución, la interacción de forma permanente de dos sistemas, el social y el sanitario, frente a lo que nosotros entendíamos como una amenaza, que era la creación de un tercer sector, un tercer entorno de protección, que era el entorno de protección de lo sociosanitario. Lo cual nos llevaría a desarrollar nuevas estructuras, nuevos organismos que, desde nuestro punto de vista, no vendrían a aportar absolutamente nada nuevo a lo que teníamos sobre la mesa, sino a generar más burocracia, más organismos públicos. En este sentido, desde el Gobierno de la Comunidad Autónoma, vimos que nuestra obligación era la de procurar que el sistema social y el sistema sanitario se entendieran y que fuéramos capaces de protocolizar, de organizar procesos de atención que nos llevaran a dar una mejor calidad de

atención a las personas en los procesos de atención continuada. Nosotros decimos que en torno a una persona que es dependiente, siempre o casi siempre hay una patología que requiere tratamiento sanitario y siempre o casi siempre hay una necesidad de atención social. Por lo tanto, era necesario que fuéramos capaces de crear un espacio sociosanitario, integrado, por las necesidades de prestaciones sociales junto a las prestaciones a aquellas necesidades sanitarias de atención a la patología de forma simultánea y continuada de personas con enfermedades crónicas y discapacidades que conlleven dependencia.

Queda, desde este punto de vista, perfectamente definido cuál es el panorama, cuál es el horizonte que pretende el Gobierno de la Comunidad Autónoma a la hora de desarrollar este tipo de recursos y servicios, y fundamentalmente de coordinar ambos sectores.

En este sentido, partíamos de un sistema de cuidados en el cual el entorno sanitario era autónomo, era independiente del entorno social que, en muchas ocasiones, se convierte en subsidiario del sanitario, para pasar a un sistema en el cual se pueda diseñar de una forma perfectamente definida un desafío integral de atención y que permita que convivan en el mismo círculo de atención a los ciudadanos los dispositivos de lo social y de lo sanitario, fundamentalmente buscando una complementariedad en los procesos de atención y de recursos para la atención a los ciudadanos y ciudadanas que se encuentren en estas circunstancias.

Esto nos lleva, sin lugar a dudas, a un nuevo sistema integral de cuidados continuados que necesita, desde nuestro punto de vista, una respuesta organizativa importante que venga a revolucionar lo que estábamos haciendo, a cambiar la forma de hacer las cosas para buscar entornos mucho más accesibles y cercanos, y sobre todo que solventen los problemas de los ciudadanos de una forma mucho más eficaz. Por lo tanto, en ese sistema integral de cuidados, y en cuanto a su respuesta organizativa, teníamos que delimitar las competencias que corresponden a cada sector, hasta qué momento interviene cada sector y cuál es el espacio compartido, y cómo debemos implementar la atención a los ciudadanos dentro de ese espacio compartido. Por otra parte, buscar una equivalencia territorial que nos permita un desarrollo de cartera de servicios equitativo a lo largo y ancho de toda la Comunidad Autónoma. Nos invita, y estamos trabajando para que sea una realidad, a una conexión de los sistemas de información del sistema sanitario y del sistema social, así como al desarrollo y diseño, como no puede ser de otra forma, de procesos intersectoriales de atención a las personas dependientes y a las personas con patologías, y nos obliga también a una evaluación integrada, sistemática, periódica y que dé resultados integrales, y a una actuación, por lo tanto, coordinada de ambos sistemas.

## **Organización**

Todo esto se materializa de una forma efectiva ya en una estructura de Gobierno en esta legislatura con la creación de la Consejería de Sanidad y Dependencia, con dos organismos autónomos: por una parte, el Servicio Extremeño de Salud, estructurado y creado en torno a tres direcciones generales, una Secretaría General, una Gerencia y ocho Gerencias Territoriales; y el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, creado en torno a una Gerencia, una Dirección General, una Secretaría General y Cinco Gerencias territoriales que nos permiten, entre otras cuestiones, que las áreas sanitarias que dividen Extremadura en ocho zona de atención coincidan en su frontera con la división territorial que se hace para la atención social. Aunque el SEPAD no se estructura en ocho áreas, sino en cinco, sus fronteras coinciden y ya nos permiten esa planificación estratégica de los recursos, de los programas, de los procesos de atención a los ciudadanos que nos permita ser equitativo a la hora de procurar que los recursos sociales y los sanitarios lleguen a los ciudadanos en igualdad de condiciones.

Este plan marco empieza a desarrollarse y a crear distintos foros de encuentro y debate de los profesionales de lo social y de lo sanitario para generar esa nueva cultura necesaria para entender los problemas de los ciudadanos como un todo, como un proceso continuado de atención que, bien empiece en los servicios sociales o bien en el entorno del centro de salud, al final conlleve una solución integral a las necesidades que plantea. De esta forma, el decreto 7/2006 crea la estructura de coordinación de la atención sociosanitaria. En la actual legislatura, caminamos hacia una reforma de este decreto, fundamentalmente para adaptar una vez iniciada la implantación de esas estructuras de coordinación en el territorio, una mejor adecuación de la efectividad de esas infraestructuras a las necesidades de los ciudadanos. El futuro inmediato marcará Comisiones Sociosanitarias Comunitarias, Comisiones Sociosanitarias de Área, Comisiones de Asuntos Sociosanitarios, y una coordinación en servicios centrales que está siendo ya efectiva de una forma importante. Con esto, entendemos que todo lo que supone esa coordinación sociosanitaria implica, desde nuestro punto de vista, que todas las actuaciones, que a partir de ahora voy a contarles, no conlleven en ningún caso la creación de ese tercer sector.

## **Coordinación**

Nosotros entendemos que con las actuales estructuras y con esa buena coordinación, con esos espacios de comunicación, podremos ser capaces de rentabilizar los fondos públicos, y de una forma mucho más efectiva la acción del Gobier-

no de la Comunidad Autónoma de Extremadura. En este sentido, y como ejemplo, ya están funcionando en nuestra comunidad, en el entorno sociosanitario propiamente dicho, las camas sociosanitarias tipo 1, tipo 2 y tipo 3. Estamos funcionando a través del Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo; tenemos en marcha el Plan de Salud Mental; hemos abordado proyectos como 'El ejercicio te cuida', los Tratamientos Anticoagulantes Orales o la atención farmacéutica en centros residenciales. Estamos hablando de la asistencia avanzada donde se incorporan recursos sanitarios; estamos hablando también de todo lo que debe ser el acceso a la formación de nuestros profesionales, a lo que debe ser el abordaje del dolor crónico y cuidados paliativos en nuestros centros y en residencias del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia; de la incorporación de los trabajadores sociales del ámbito puramente sanitario a todos los procesos que ya históricamente lo estaban, pero de una forma mucho más protocolizada.

Las camas sociosanitarias se van a definir en función del perfil del cuidado sanitario que necesite la persona en una situación de dependencia, ubicando fuera de un entorno residencial puramente sanitario a personas en las cuales se cronifica una enfermedad y necesitan apoyos puntuales a su patología y apoyos permanentes a su situación de dependencia. En este sentido, se crean las plazas sociosanitarias tipo 1, tipo 2 y tipo 3 que ya cuentan en Extremadura con unas mil plazas que vienen a solventar circunstancias que, hasta ahora, se abordaban de una forma no correcta, o bien en la red social o bien en la red sanitaria, lo que implicaba una atención no todo lo adecuada que desearíamos y un gasto excesivo al propio sistema en esos procesos de atención. Las camas tipo 1 tendrán un perfil puramente sanitario y serán abordadas directamente por el sistema sanitario; las tipo 2 van a ser unas plazas sociosanitarias en las cuales el gasto será compartido entre el sistema social y sanitario, y los protocolos de actuaciones estarán compartidos por ambos sistemas, e incluso el sistema de ingresos en esas plazas se compartirá por ambos sistemas; y las plazas tipo 3, que serán puramente de atención a la dependencia, contarán con un apoyo de enfermería o sanitario determinado, que se garantizará desde esta estructura estratégica de atención compartida.

Por otra parte, en relación con el deterioro cognitivo, que como bien sabéis se circunscribe al déficit o menoscabo de una o más funciones cognitivas, se desarrollarán, en esa coordinación del sistema social y sanitario, una serie de intervenciones en función de los distintos perfiles de deterioro cognitivo: las demencias degenerativas, el deterioro cognitivo no degenerativo y el déficit cognitivo en la infancia. El abordaje desde ambos sectores nos lleva a organizar y desarrollar una buena red de atención que está creciendo ahora de una forma muy organizada.

En Extremadura en este momento ya contamos con 17 centros de día para personas con algún tipo de demencia. Contamos con un servicio de rehabilitación cognitiva con profesionales como son los 27 terapeutas ocupacionales que actualmente atienden a más de 400 personas, con un carácter ambulante en distintas localidades de la Comunidad Autónoma, y contamos ya, gracias a esta planificación estratégica, con dos centros residenciales especializados que tienen, aproximadamente, 200 camas para personas con procesos de demencia.

Durante el año 2010 seguiremos avanzando tanto en el incremento de esa red como de nuevos dispositivos, como puede ser el teléfono de la demencia o la homogeneización de los programas de apoyo a los cuidadores en el entorno familiar. En el ámbito de la salud mental, un entorno que venía históricamente circunscrito fundamentalmente al ámbito sanitario, existe una doble intervención necesaria y donde el entorno sociosanitario nos permite prestar una atención de mayor calidad. Lo puramente sanitario al entorno sanitario, como pueden ser los tratamientos de psicofarmacología, la psicoterapia, la intervención en crisis, la hospitalización breve o la hospitalización parcial; una parte puramente social, como puede ser el acceso a las prestaciones sociales generales a las personas con problemas de salud mental, y en una parte importante en la que se comparten la defensa de los derechos de la tutela, se comparten la prestación de rehabilitación o la rehabilitación psicosocial de la persona con problemas de salud mental. Esto nos lleva a no crear un nuevo espacio de atención sino a buscar la mejor colaboración, la mejor interacción de los dos sectores, el social y el sanitario.

### **Otros programas**

‘El ejercicio te cuida’ es un proyecto que procura la mejora de la calidad de vida de las personas mayores con alteraciones metabólicas, con hipertensión, diabetes, artrosis, ansiedad o depresión de forma continuada y en su entorno, a través de un proyecto puesto en marcha por la Universidad de Extremadura, la Consejería de los Jóvenes y el Deporte, la Consejería de Sanidad, con monitores deportivos, licenciados en ciencias del deporte, con procesos de atención que están teniendo una repercusión muy importante en la bajada, por ejemplo, del consumo de medicamentos y en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores que acceden a este tipo de programas.

Otro proyecto es el de los Tratamientos Anticoagulantes Orales (TAO). Nuestra Comunidad Autónoma cuenta con 25.000 pacientes que necesitan este tipo de tratamientos. El objetivo que tenemos con este programa es acercar los TAO a las personas dependientes que viven en nuestras residencias, fundamentalmente buscando una mejor calidad de atención para esas personas, un mayor confort y

el menor número posible de molestias en lo que debe ser esa coordinación, esa atención a esas personas en nuestros centros residenciales.

En cuanto a la atención farmacéutica, yo creo que es conocido por todos que en las personas mayores se dan una serie de circunstancias que pueden alterar la respuesta que dan a algún tipo de tratamiento farmacológico. Por lo tanto, entendimos que era muy necesario que existiera una ordenación en este ámbito, fundamentalmente en dos aspectos: una ordenación muy coordinada con todo lo que supone la farmacia desde el Servicio Extremeño de Salud. Por una parte, la creación y la definición de una perfecta guía farmacoterapéutica para personas mayores en la que se definen las sustancias y los usos de estas sustancias; por otra parte, una homogeneización de las mercaderías farmacéuticas que deben servir desde el Servicio Extremeño de Salud a los propios centros residenciales de la Junta de Extremadura. Esto conlleva dos beneficios importantes. Primero y fundamental, una mejor atención a las personas mayores, al tener mucho mejor definidos los procesos de atención en centros residenciales y, por otra parte, un ahorro importante al sistema. La implantación de este sistema en una sola residencia de mayores, concretamente la residencia de Badajoz, supuso un ahorro en un año de 20 millones de pesetas en medicamentos. Esto implica un ahorro importante para el sistema.

También hemos puesto en marcha plataformas de teleasistencia avanzada, donde aportamos y sumamos nuevos dispositivos a la teleasistencia clásica, y que nos permite incorporar, bajo cuatro modelos distintos, dispositivos de control de la salud de las personas a esa atención, o los servicios de movilidad y localización, que pueden darse a personas con algún tipo de demencia. Incorpora conceptos sanitarios a la atención social, nuevas posibilidades a recursos que están en los entornos comunitarios de las personas y que nos permite hacer esa correcta atención socio sanitaria de los entornos comunitarios.

Y hemos desarrollado también programas de formación en dos ámbitos fundamentales: para nuestros profesionales, el abordaje del dolor crónico, un programa ejecutado durante 2008, que incluye todos los centros residenciales de la Comunidad Autónoma más aquellos centros concertados, y que nos ha permitido formar en las distintas áreas a muchos profesionales. Por otra parte, programas de formación en cuidados paliativos, para poder ofrecer esos cuidados en los centros residenciales de la forma más correcta, y sin perder la referencia del derecho que tienen a morir dignamente las personas que se encuentran en entorno institucionalizados.

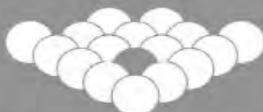
En definitiva, desde Extremadura entendemos, por una parte, que la coordinación socio sanitaria es tangible sin que exista la necesidad de crear un tercer es-

pacio junto al social y al sanitario. Damos una cobertura con una buena coordinación, suficiente y esa coordinación sociosanitaria toma forma con programas intersectoriales concretos y definidos adecuadamente en cuanto a los canales y los instrumentos de coordinación que deben tener ambas instituciones.

*“El sistema integrado busca una equivalencia territorial y servicios equitativos en toda la Comunidad Autónoma”*

Juan Carlos Campón

**La Coordinación de los servicios  
sanitarios y sociales:  
realidades y proyectos  
En la red pública**



**SEPAD**  
Servicio Extremeño de  
Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia

JUAN CARLOS CAMPÓN DURÁN  
Director Gerente del SEPAD

**Cáceres  
25 de noviembre de 2009**



**SITUACIÓN. Los sistemas**



Ubicación de personas con alto nivel de dependencia en una red poco definida

“Institucionalización” o domicilio como únicos recursos para pacientes con necesidad de atención prolongada.

Atención a personas con necesidad de cuidados sanitarios intensos desde la red social.

2

## CONTEXTO LEGAL

La Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Art. 14)

A

La Ley 5/1987, de 23 de Abril de Servicios Sociales de Extremadura

B

3

## Puntos a tratar

- 1 PLAN MARCO de ATENCIÓN SOCIO SANITARIA [2005-2010]
- 2 ESTRUCTURA EN LA JUNTA DE EXTREMADURA
- 3 COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EFECTIVA

7

## 1- PLAN MARCO

Dadas las graves amenazas del término socio sanitario como sector independiente, nuestro modelo, plantea una **acción conjunta** desde los **sectores social y sanitario**, en la que cada sector ayude a delimitar sus competencias, y desarrolle todos los servicios necesarios para aportar una **respuesta integral** a las necesidades de nuestros ciudadanos, organizando un sistema de **servicios coordinado**, con procesos bien definidos.



## 1- PLAN MARCO

### Contexto Organizativo

El **espacio socio sanitario**, está compuesto por,

las necesidades de prestaciones sociales (ayuda a la dependencia)

y sanitarias (atención a la patología)

de forma simultánea y continuada

de personas con enfermedades crónicas y discapacidades que conlleven dependencia.







## Estructuras de coordinación

**Decreto 7/2006 de 10 de enero por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Sociosanitaria y el servicio público de Atención Sociosanitaria en su modalidad Tipo 2 (T2) y se establece su régimen jurídico.**

- Comisiones sociosanitarias comunitarias
- Comisiones sociosanitarias de Área
- Comisión de Asuntos Sociosanitarios
- Coordinación en Servicios Centrales

12

## 3- COORDINACION SOCIOSANITARIA

Todas la actuaciones presentes conllevan la **NO** creación de un tercer espacio.

- Camas sociosanitarias (T1, T2 y T3)
- Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo
- Plan de Salud Mental
- El Ejercicio te Cuida

- Tratamientos Anticoagulantes Orales (T.A.O.)
- Atención farmacéutica en centros residenciales del SEPAD
- Teleasistencia avanzada

- Programas de formación: Abordaje Dolor Crónico y Cuidados paliativos en centros residenciales del SEPAD
- Incorporación del TS del ámbito sociosanitario a las prestaciones sociosanitarias
- Unidad de Neuro-ortopedia del Área de Salud de Badajoz

## Camas sociosanitarias

### PERFIL DE INTENSIDAD y CONTINUIDAD DE CUIDADOS

<b>PERFIL TIPO I [T1] – 30 camas</b> <b>CUIDADOS SANITARIOS CONTINUADOS INTENSOS</b>
Personas que requieren cuidados sanitarios continuos e intensos, no curativos (revisión diaria de médicos y atención continuada de enfermería y auxiliares), y/o en situación de alto nivel de sufrimiento que requieren cuidados complejos para el alivio sintomático destinado a mejorar la calidad de vida. ENTORNO SANITARIO
<b>PERFIL TIPO II [T2] – 150 camas</b> <b>ATENCIÓN SANITARIA CONTINUADA A PERSONAS DEPENDIENTES</b>
Cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos, en personas altamente dependientes, que requieren cuidados o supervisión prolongados dentro de un entorno sanitizado (revisión médica periódica no diaria, puntual o a demanda, revisión diaria de enfermería y cuidados continuos de atención a su dependencia y de procesos reabilitadores)
<b>PERFIL TIPO III [T3] – 778 camas</b> <b>ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA</b>
Recursos residenciales y domiciliarios de atención y rehabilitación de la dependencia. Cuidados Sanitarios Normalizados

**PIDEX**

## Deterioro Cognitivo

**CONCEPTO** Déficit o menoscabo de una o más funciones cognitivas (memoria, lenguaje, razonamiento...). Deterioro o déficit puede ser debido a multitud de causas.

**Por ello, el PÍDEX se compone de tres partes:**

<b>DEMENCIA DEGENERATIVAS</b>
Proceso de Deterioro Cognitivo, de cualquier causa, de carácter crónico, de tipo progresivo
<b>DETERIOROS COGNITIVOS no DEGENERATIVOS</b>
Proceso de Deterioro Cognitivo, de cualquier causa, reversible o irreversible, no típicamente progresivo
<b>DEFICIT COGNITIVO EN LA INFANCIA</b>
Funciones cognitivas deficitarias mal adquiridas en el curso del desarrollo

**PIDEX . Dispositivos de atención :**

CENTROS DE DÍA	SERVICIO REHABILITACIÓN COGNITIVA	CENTROS RESIDENCIALES
17 centros de día Para demencias [privados-Públicos] con 538 plazas	En 31 localidades 27 Terapeutas D. Actualmente, 400 personas están siendo atendidas 2 veces por semana	- 2 exclusivos para demencias 196 camas [Montijo y Plasencia] - 1 Unidad de atención especializada en residencia para mayores [Mérida]

**Durante 2010:**

- Teléfono demencias
- Homogeneización de los programas de apoyo al cuidador

15



## El Ejercicio te Cuida

Mejora de la calidad de vida de las personas mayores con alteraciones metabólicas (HTA, diabetes, artrosis) por medio de programas de ejercicio físico especializado, medido y evaluado en términos de ganancia de salud y calidad de vida.

Se ofrece en todos los municipios de Extremadura un programa de ejercicio físico especializado, medido y evaluado en términos de ganancia de salud y calidad de vida.

•En torno a 7.500 ciudadanos atendidos desde el inicio del programa en 60 municipios.  
•Actualmente 4.400 atendidos.

17

## Tratamientos anticoagulantes orales

**Conseguimos**

- Aumentar la capacidad resolutoria en centros residenciales del SEPAD
- Aumentar el grado de satisfacción de los ciudadanos con el sistema de salud

El **objetivo** de este programa es: Acercar los T.A.O. a las personas dependientes que viven en centros residenciales.

Nuestra Comunidad ronda los 25.000 pacientes en T.A.O.

**Conseguimos** mejorar la accesibilidad de los pacientes al sistema, así como la calidad de la prestación para el usuario (punción capilar)

18

## Atención farmacéutica

**En las personas mayores se dan una serie de circunstancias que pueden alterar la respuesta a los fármacos y que hacen necesaria una estrecha vigilancia de los tratamientos**

**Por ello, era fundamental ordenar este ámbito en la atención farmacéutica que se diera en centros residenciales del SEPAD:**

**Se produce un ahorro económico, además de una mejor atención**

**Guía farmacoterapéutica para personas mayores en la que se definen las sustancias y el uso**

**Homogeneización de las mercaderías farmacéuticas a servir mensualmente desde los depósitos del SES.**

19

## Teleasistencia avanzada

### Plataforma Teleasistencia Avanzada

Favorecer la permanencia en su entorno de personas en especial vulnerabilidad por la situación de dependencia en la que se encuentran mediante, la prestación de los servicios de Teleatención y localización

**El Proyecto piloto ha atendido a 20 personas con diferentes perfiles**

20

## Teleasistencia avanzada

**Plataforma Teleasistencia Avanzada.**  
Modalidades:

- A**  
Servicio de Teleatención Sociosanitaria. Dispositivo fijo en su domicilio
- B**  
Servicio de Teleatención Sociosanitaria + Sensores Domóticos. Genera de forma automática alarmas detectadas por diversos dispositivos domóticos
- C**  
Servicio de Teleatención Sociosanitaria + Telemedicina. Monitorización automática o manual, de diferentes constantes, realizadas mediante dispositivos de telemedicina
- D**  
Servicio de Teleatención en Movilidad y Localización. Dispositivo móvil (GSM), que le permite comunicación con el Centro de Atención con independencia del lugar geográfico en el que se encuentre

21

## Programas de formación

### 1. Abordaje en dolor crónico:

Se trata de preparar al profesional sanitario en técnicas específicas de abordaje del dolor a personas dependientes que viven en residencias.

En 2008

**Se forma a médicos, psicólogos, terapeutas, enfermería y auxiliares de enfermería de todos los centros residenciales**

En 2009

(Personas formadas)  
Se incluyen todos los centros residenciales concertados con plazas T1, T2 y T3.  
Hasta ahora: Área Salud Badajoz: 80, Cáceres 91, Mérida 79, Don Benito-Villanueva

22

## Programas de formación

•2. Cuidados paliativos:

The diagram consists of three circular nodes arranged in a triangle, connected by arrows. The top-left node contains the text: "Se trata de poder ofrecer cuidados paliativos básicos desde centros residenciales para personas altamente dependientes." The top-right node contains: "Morir dignamente es un derecho de la persona que no se puede dejar de lado, sobre todo en las que no pueden decidir por sí mismas." The bottom-center node contains: "Se formó durante 2008 al personal médico, de enfermería y auxiliares de los centros para demencias de Montijo y Plasencia." Arrows point from the top-left node to the bottom-center node, and from the top-right node to the bottom-center node.

23

## Proyecto en marcha

- PIDEX-2. Definición de un proceso de atención integral al daño cerebral sobrevenido
- PIDEX-3. Proceso integral de atención a los déficit cognitivos en la infancia.
- JARA en centros residenciales del SEPAD

24

En definitiva...



**La coordinación  
socio sanitaria en  
Extremadura es  
tangible sin  
necesidad de crear  
un tercer espacio  
junto al sanitario y  
al social**

**La coordinación  
socio sanitaria toma  
forma con programas  
intersectoriales  
concretos y definiendo  
adecuadamente los  
canales y los  
instrumentos de  
coordinación**



25

**JUNTA DE EXTREMADURA**  
Consejería de Sanidad y Dependencia



Purificación Causapié.

## **Purificación Causapié,** secretaria general para la Atención a la Dependencia de la Junta de Andalucía

Me gustaría centrar mi intervención en lo que supone la coordinación social y sanitaria en la aplicación y en el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Sin duda, en Andalucía llevamos mucho tiempo con planes y programas que, de alguna manera, han ido incorporando sistemas de coordinación entre lo social y lo sanitario. En este momento, la reflexión fundamental que estamos haciendo tiene que ver con el desarrollo de la ley y con los diversos procesos en los que estamos. En primer lugar, quiero comentaros que la propia Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia ha ido estableciendo o definiendo los espacios donde es importante esa coordinación sociosanitaria, desde el momento de la valoración a todo tipo de procedimientos y desarrollos que se tienen que dar en la aplicación de la Ley, como sin duda es la prevención de la dependencia; los planes integrales de atención a niños y niñas menores de tres años; el desarrollo de la promoción de la autonomía personal, sin duda un espacio de la Ley que creo que está pendiente de desarrollo pleno y que tenemos que poner en marcha y avanzar respecto a la situación actual, por supuesto, desde las Comunidades Autónomas y también desde el Gobierno del Estado.

### **Aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**

Desde el primer momento, la apuesta de la Junta de Andalucía ha sido integrar la aplicación y el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en el sistema público de servicios sociales. En ese desarrollo están participando las diversas administraciones públicas que intervienen en los servicios sociales, tanto la Junta de Andalucía como las administraciones locales (ayuntamientos y diputaciones provinciales). Y participan tanto en el procedimiento como en la prestación de servicios, algunos muy importantes en este momento, como la atención domiciliaria.

Por otra parte, nuestra preocupación era vincular el desarrollo de la Ley a otros sistemas: al sistema sanitario, básicamente, pero también a las políticas de empleo, de educación, de vivienda... Hemos trabajado en todo este proceso con las organizaciones sociales, sindicales y empresariales, entendiendo, y yo creo que éste es, al fin y al cabo, el gran debate, que las políticas sociales, sobre todo, y la mayoría de las políticas públicas, cada día, afortunadamente, son más transversales y requieren de la implicación de más agentes, instituciones y sistemas. Por lo tanto, creo que el reto de futuro es conseguir sistemas de coordinación, más que generar espacios que lo que hacen a veces es dividir más que sumar. Por ello, sin duda la coordinación sociosanitaria es fundamental en ese proceso de coordinación de las políticas públicas y, evidentemente, es un debate ineludible.

Pero también quiero señalar que, de alguna manera, este debate también lo tenemos situado en el desarrollo del modelo de prestación de servicios, que queremos y tenemos que impulsar en la apuesta y en el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Básicamente, porque estamos cada día más convencidos de que las personas lo que están demandando en mayor medida son servicios de proximidad, son servicios cercanos; son, mientras pueden, servicios de atención en el domicilio. Por lo tanto, tenemos que garantizar servicios de calidad en el domicilio, donde, efectivamente, haya una integración de recursos sanitarios y sociales, y que finalmente dan como respuesta una atención adecuada a las personas cuando viven en su casa, igual que cuando viven en un centro residencial. Por lo tanto, éste es un tema que en este momento nos importa mucho, y en el que estamos trabajando ampliamente.

Sin duda, los recursos que establece la Ley de Dependencia son adecuados y entendemos que tenemos que ampliarlos en algunos casos, y también integrarlos con otros servicios y recursos. En este momento, sin duda, y en ese contexto del

refuerzo de servicios vinculados a la atención domiciliaria, es muy importante que seamos capaces de coordinar servicios como la teleasistencia, que está en el sistema de servicios sociales, con el desarrollo de la telemedicina y hacerlo complementario, o servicios como la atención a domicilio con servicios de enfermería, etc. En ese planteamiento estamos, y en este momento pensamos que además tenemos que garantizar, sobre todo en el desarrollo de la Ley y en la perspectiva de la incorporación en el año 2011 de las personas que en este momento están en el grado 1 de atención, que son personas que además nos van a demandar servicios bastante flexibles de atención básicamente domiciliarios.

Además, tenemos algunas herramientas en las que en Andalucía estamos ya trabajando y avanzando de manera muy importante, como son un futuro plan integral para menores de cero a tres años que debe facilitar esa integración de servicios, y un plan de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal.

En este contexto es en el que nos estamos moviendo en este momento. Evidentemente, partimos de una situación previa para nosotros muy importante. Ha habido desarrollos de planes y programas diferentes en el contexto sociosanitario en Andalucía. Por ejemplo, el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas que ya desarrollaba servicios sanitarios como los cuidados de enfermería a domicilio, el seguimiento telemático de pacientes con alta complejidad clínica o el plan de mejora de personas cuidadoras familiares en el entorno familiar. También otros planes que han sido muy importantes, como el Plan Andaluz de Alzheimer, que ha integrado recursos también sanitarios y sociales, o el Plan de Salud Mental, que también integra servicios sanitarios y sociales.

No voy entrar en detalles sobre este trabajo y sobre el desarrollo previo de programas que podemos considerar que se encuentran en lo sociosanitario, pero son importantes, y en este momento nos están ayudando a desarrollar la Ley en ese contexto, vinculado a la coordinación social y sanitaria.

### **Dos sistemas**

Insisto en que nuestra perspectiva de trabajo ha sido en todo momento desarrollar vías de coordinación entre dos consejerías y dos sistemas de atención, el social y el sanitario, que permitan también desarrollar procesos de coordinación en el día a día del trabajo de los profesionales más allá de las estructuras que haya por encima. En ese contexto, iniciamos un primer proceso de coordinación incorporando informes sobre la salud de las personas previos a la valoración de la dependencia. En Andalucía las personas no solicitan la dependencia y entregan

un informe de salud. En Andalucía las personas solicitan la dependencia y la Consejería de Igualdad solicita al Servicio Andaluz de Salud el informe sobre las condiciones de salud de esa persona en situación de dependencia. Hemos preferido tener información directamente del profesional de la salud que atiende a esa persona y hacer nosotros la solicitud de información que viene a su vez a la propia Consejería. Es decir, la persona no acude al médico antes de solicitar la dependencia ni acude a pedir ningún informe, sino que la relación es directa entre los diferentes departamentos de las dos Consejerías.

También estamos trabajando en la incorporación de informes específicos en el caso de personas con enfermedad mental, y de informes más amplios que ayuden en el proceso de valoración de la dependencia en el caso de menores de seis años, sobre todo porque la mayoría de los menores también o están siendo atendidos en la atención temprana que presta la Consejería de Salud. Por lo tanto, queremos tener toda la información sobre las personas que vamos a valorar.

También hay coordinación en el proceso de definición de los recursos y servicios, de lo que llamamos el plan individual de atención vinculado a la aplicación de la Ley de Dependencia. En Andalucía, la propuesta del programa individual de atención la hacen los trabajadores sociales de los servicios sociales municipales. Existe una propuesta que después resuelve la delegación provincial, la estructura de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social. En la fase que resuelve la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, hemos incorporado en algunos momentos esa coordinación sociosanitaria, por ejemplo, en el caso de personas con enfermedad mental, porque nos preocupaba mucho hacer distintos itinerarios con personas que están a su vez atendidas por el sistema de salud.

Entonces, previamente en el caso de personas con enfermedad mental, una vez incorporado en el catálogo de servicios los centros residenciales que son casa-hogar y los centros de día dirigidos a las personas con enfermedad mental, hemos una resolución del programa individual de atención de estas personas coordinado con el plan de tratamiento que ha resuelto el servicio de salud mental. Y lo hacemos conjuntamente mediante unas comisiones provinciales que se establecen para resolver definitivamente los recursos de esas personas y para hacer un seguimiento posterior sobre cómo están tratadas en cada uno de los recursos, sea sociales o sanitarios.

### **Definición de recursos y servicios**

En relación con el desarrollo de la coordinación en el momento de la definición de los recursos y los servicios, estamos trabajando en dos momentos que a nos-

otros nos parecen muy importantes para el futuro. Un plan integral para menores de cero a tres años, que integrará recursos no sólo de salud y de bienestar social, sino también de educación y de vivienda, en cuanto a la adaptación del hogar que lo resuelve la Consejería de Vivienda. Y también estamos trabajando en la promoción de la autonomía y la prevención de la dependencia. Entendemos que la promoción de la autonomía es un elemento fundamental para el futuro y para la atención a las personas con discapacidad dentro de la dependencia, y tenemos que definirlo como un servicio, además, que integre recursos de diferentes sitios, especialmente de diferentes sistemas, el social y el sanitario. Y por supuesto, la prevención de la dependencia va dirigida a la población en general, a la población predependiente o a la población en situación de dependencia. Es básicamente un futuro plan de prevención, un instrumento conjunto del sistema social y del sistema sanitario.

Para acabar, me gustaría hacer alguna reflexión sobre la estructura y la organización del sistema. En este momento estamos trabajando en el compromiso de la creación de una Agencia Andaluza para la Atención a la Dependencia que será un organismo público y que ayudará a reforzar esa coordinación de todas las políticas del Gobierno andaluz en la atención a la dependencia, respetando las competencias de cada una de las Consejerías, así como las competencias y actuaciones que ya tienen las administraciones locales. Será una estructura que dependa, en principio, de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, en la que sin duda participarán las organizaciones sociales y las organizaciones de personas con discapacidad y, por supuesto, las organizaciones sindicales y empresariales. Pero más allá de la coordinación a nivel autonómico, nos preocupa mucho la coordinación en lo local, en lo zonal, en el día a día de los servicios sociales básicos con los servicios de salud. En este sentido, planteamos la necesidad de avanzar en modelos de profesionales de referencia en ambos ámbitos, en el de salud y en el sanitario, que sean capaces en el día a día de hacer un seguimiento sobre los recursos de las personas en los ámbitos sociales y sanitarios. El ámbito de la dependencia es mi ámbito, es el que mejor conozco y en el que estamos trabajando en este momento, y creo que tiene unas posibilidades de futuro inmensas, en relación a la coordinación sociosanitaria.

*“Tenemos que garantizar servicios de calidad  
en el domicilio con la integración de recursos  
sanitarios y sociales”*  
Purificación Causapié



Flor Morillo Garay.

## **Flor Morillo Garay,**

jefa de Planificación de la Dirección General de Ordenación y Evaluación de la Consejería de Salud y Bienestar Social del Gobierno de Castilla-La Mancha

La primera pregunta que nos planteamos, ante el título de esta jornada, la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, es qué realidad tenemos en Castilla-La Mancha y qué proyectos estamos desarrollando. Para ver la realidad que tenemos nos hemos basado en una serie de indicadores demográficos. La población castellano-manchega es una población que ha ido creciendo poco a poco. En la actualidad, la esperanza de vida al nacer es de 82,7 años en mujeres y 78,1 en hombres.

En las transparencias se muestra la pirámide de población que tenemos actualmente y las que tendremos en el futuro de acuerdo con unos posibles escenarios demográficos, que se han construido a partir de diferentes hipótesis de entrada neta de población extranjera en España. En el primer escenario, esa entrada neta iría creciendo hasta el año 2010, y a partir de ahí se mantendría constante, con lo que el total de entradas en España durante el periodo 2007 a 2059 se elevaría a 14,6 millones de personas. El segundo escenario prevé un crecimiento semejante al del primer escenario para el periodo 2002-2006, pero a partir de ese último año las tendencias serían decrecientes hasta el 2010, y se situarían en torno a cien mil entradas anuales para el periodo 2007-2059, lo que

supondría unos 5,8 millones de personas. Por otra parte, tenemos una densidad de población baja, de 22,5 habitantes por kilómetro cuadrado, inferior a la media de España, siendo la tercera Comunidad Autónoma con mayor superficie y con una densidad baja, seguida de Aragón, Extremadura y Castilla y León. El crecimiento de Castilla-La Mancha está localizado en los alrededores de Madrid, en las comarcas de La Sagra y del Henares, y también hay una tercera vía de crecimiento hacia el Mediterráneo.

El 50% más de la población reside en municipios de menos de dos mil habitantes, y los centros urbanos más grandes son las cinco capitales de provincia, Talavera de la Reina y Puertollano. Además de residir en municipios pequeños, el envejecimiento y el despoblamiento de muchas comarcas nos plantea el panorama demográfico que tenemos. Cuenca es la segunda provincia más despoblada de España, y en Guadalajara nueve de cada diez municipios tiene menos de 500 habitantes. Por tanto, ante esta situación de ruralidad y de envejecimiento progresivo, hay que tener en cuenta el mayor impacto social y sanitario en los próximos años, el crecimiento de la dependencia y el planteamiento ante esta situación de un nuevo plan de salud y bienestar social de Castilla-La Mancha para el periodo 2011-2020.

Hace un año, más o menos, en Castilla-La Mancha se unieron las Consejerías de Salud y de Bienestar Social. Entonces, además de esta situación, el hecho de que en 2010 termina el plan de salud vigente, hizo que se planteara, por parte del Consejero y del Presidente, un nuevo plan que no solamente incluyese, por un lado, la salud y por otra parte planes sectoriales de bienestar social, sino que englobase en un marco común, en un paraguas conjunto, el nuevo plan para recoger todas las necesidades y darles una cobertura, y sirviese de paraguas para el desarrollo de los demás planes sectoriales.

¿Desde dónde venimos y a dónde vamos? Castilla-La Mancha recibió en 2002 las transferencias sanitarias, y a través del Plan de Salud 2001-2010 ha promovido un desarrollo importante de los recursos. Como continuación de ese plan, teniendo en cuenta los cambios de contexto y tratando de adaptarnos a las nuevas necesidades y cuidados, y como un compromiso con las futuras generaciones y con la posición estratégica de Castilla-La Mancha, estamos actualmente trabajando en la elaboración de un nuevo Plan de Salud y Bienestar Social.

### **Nuevo Plan**

Este nuevo plan, según el presidente Barreda, analizará las necesidades actuales y futuras, diseñará un modelo de cuidados que asegure la continuidad de

atención a lo largo de la vida de las personas, y a lo largo de los diferentes procesos de enfermedad y de discapacidad; diseñará los modelos de participación de las personas para que el ciudadano sea el centro, y además participe de forma activa, que deben ser protagonistas de la gestión de ese proceso de atención, y también de sistemas de mejora continua de calidad, así como la forma en que todas las políticas públicas deben contribuir a la salud y al bienestar de las personas que residen en la región. Ésta es la experiencia de planificación en la región. Tenemos planes, el propio Plan de Salud, como decíamos, y otros sectoriales de investigación, el de alcoholismo y drogodependencia, salud mental, diabetes, el plan oncológico, el plan de estrategia de seguridad del paciente, el plan de familia, el de mayores...

Dentro de este nuevo Plan de Salud y Bienestar Social, el enfoque y marco que hemos querido darle, la orientación estratégica, sería, teniendo en cuenta los determinantes sociales de salud, la estrategia europea de inclusión social, la estrategia europea de desarrollo sostenible, y también nos ha parecido importantísimo el enfoque de autonomía y salud a lo largo del ciclo vital, y vamos a insistir mucho en ello: la salud para todos en el siglo XXI, la región europea de la OMS, la salud en todas las políticas de la OMS, el abordaje en todos los sectores en salud y social, como decía antes, y el énfasis en la transversalidad de género.

En cuanto a lo sociosanitario, el modelo actual de no coordinación efectiva entre la atención primaria y el hospital y entre la salud y los servicios sociales, genera un gasto innecesario, una insatisfacción de los ciudadanos al sentir que no se atienden sus necesidades de cuidados. Entonces, para responder a los retos sociales más urgentes es necesario hacer cambios en el nivel estratégico, en las políticas, en el nivel operativo, con el planteamiento de nuevas formas de organización, de unidades de gestión, el cómo hacer esa continuidad en la atención, nuevos perfiles de profesionales, nuevas formas de contratación y en la gestión que incentiven una atención integrada. Como se ha dicho por parte de otros compañeros de la mesa, no creando un tercer espacio, el sociosanitario, sino integrando recursos sociales y sanitarios, mediante un modelo en red, con una integración de niveles de atención primaria, de hospital y de servicios sociales, con equipos interprofesionales e intersectoriales, con el objetivo de dar respuesta integrada a la cronicidad y a la dependencia.

En el modelo en red es necesario implicar a usuarios y a asociaciones de pacientes como socios también de la red. Nos hemos planteado en la elaboración de este nuevo plan, primero, comparar y después relacionar o integrar los mapas sanitarios y de servicios sociales, y su posible unificación en Castilla-La Mancha. El objetivo sería conocer las realidades de ambos sistemas, ver y po-

ner en común dispositivos profesionales, modelos de contratación de estos profesionales para unificar y ver, a través de esas sinergias, cómo se puede atender de una forma más eficaz y efectiva al ciudadano. Para ello, hemos partido de la situación actual del mapa sanitario, con sus áreas, sus distritos, zonas básicas y zonas farmacéuticas y del mapa de servicios sociales con sus áreas. Hemos visto que no coincidían. En el mapa sanitario tenemos ocho áreas, 36 distritos sanitarios, 208 zonas básicas de salud, 171 zonas farmacéuticas y 919 municipios. Respecto al mapa de servicios sociales, hay 92 áreas de servicios sociales con 29 áreas, 22 áreas mixtas y 42 áreas de plan concertado, con sus distintas formas de contratación con las entidades locales mediante convenios y de distinta forma pagados.

### **Profesionales**

La distinta participación y formas de contratación de los profesionales en estas áreas de servicios sociales es una de las cosas más complicadas. A mí, que provengo del mundo sanitario, me ha costado entenderla. Desde luego, da lugar a situaciones muy diferentes para los profesionales, y nos está planteando retos a la hora de ver cómo se va a llevar a cabo, cómo podemos aprovechar mejor el espacio tanto de los centros sociales polivalentes, de los centros sanitarios, pero también cómo se van a coordinar o integrar los distintos profesionales. En ello estamos.

Por otro lado, para el plan de salud y bienestar social, y después de estudiados los documentos marco que nos van a servir, y que ya citaba anteriormente, llamamos al establecimiento de unos seis ejes sobre los cuales vamos a articular esta discusión y el futuro plan. En el primer eje tendríamos la autonomía, la inclusión social y la salud en todas las etapas de la vida. En el segundo, cuidar a las personas en situación de dependencia. Después, la red de servicios y cuidados integrados y centrados en la persona, la continuidad de cuidados y la investigación e innovación. La participación social sería el cuarto eje, la investigación, ciencia y tecnología aplicadas al mantenimiento de la salud y bienestar, el quinto eje. Y al final, como sexto eje, la evaluación e impacto de las políticas e intervenciones. Para ello, se ha puesto en marcha todo un campus intersectorial de la salud y el bienestar social en el cual vamos a contar con la participación de los profesionales. Hemos iniciado ya grupos de trabajo con los profesionales, abordando los distintos ejes y las diversas edades de la vida (infancia, adolescencia, juventud, edad adulta, mayores), la integración de los cuidados y la participación ciudadana. Los distintos grupos que se han puesto en marcha implican a unos cien profesionales, más o menos, de toda la región, y terminarán sus trabajos a finales de enero.

Además, se ha diseñado la participación de los ciudadanos a través de encuentros, de charlas debate, y planteando este enfoque del nuevo plan, qué necesidades y cómo ven ellos la situación para incorporar todas sus aportaciones. Además de contar con entrevistas con los líderes de opinión y con representantes de los empresarios y de los sindicatos que hagan aportaciones al nuevo plan. Además de ello, se va a poner en marcha una plataforma de observación y consulta interactiva en formato de Web 2.0 orientada a todos, a los profesionales, a la ciudadanía y a los pacientes, para que tengan el conocimiento de por dónde se quiere ir, para que se genere información sobre este nuevo plan, y para que se construya un acuerdo social. Tenemos un duro trabajo, que a lo largo de diez años nos permitirá ir construyendo los peldaños para que esta intervención o esta integración socio sanitaria pueda llegar a buen puerto.

*“El Plan de Salud de Castilla-La Mancha hace hincapié en la autonomía y la salud a lo largo del ciclo vital”*  
Flor Morillo Garay

**JORNADA DEL OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DISCAPACIDAD Y LA  
REVISTA EL SIGLO**

**Coordinación sociosanitaria: una necesidad ineludible**

**25 de noviembre de 2009**

**Flor Morillo Garay**  
**SERVICIO DE PLANIFICACIÓN**  
**Consejería de Salud y Bienestar Social**



TRANSPARENCIA 1

**INDICADORES DEMOGRAFICOS (1)**

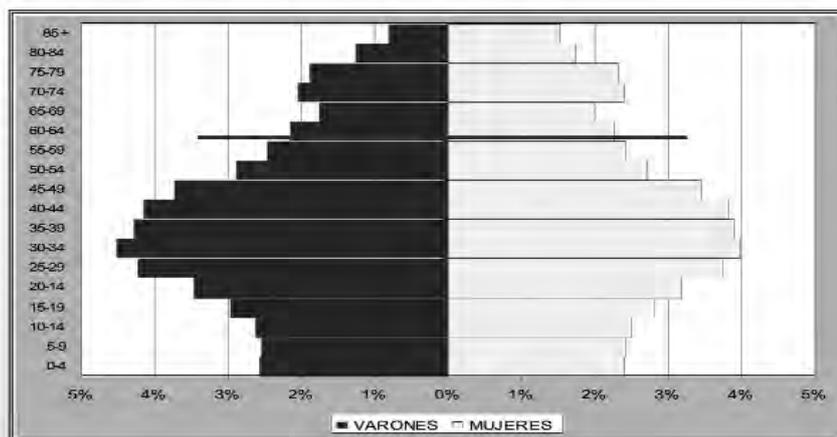
- **Superficie: 79.463 Km.<sup>2</sup> (15.7% territorio nacional)**
- **Nº habitantes: 2.079.401 hab. (Enero 2009)**
- **La esperanza de vida al nacer (2008) es de 82,7 años en mujeres y de 78,1 años en hombres.**



TRANSPARENCIA 2

## INDICADORES DEMOGRAFICOS (2)

Pirámide de Población a 1 de Enero de 2008  
Castilla-La Mancha

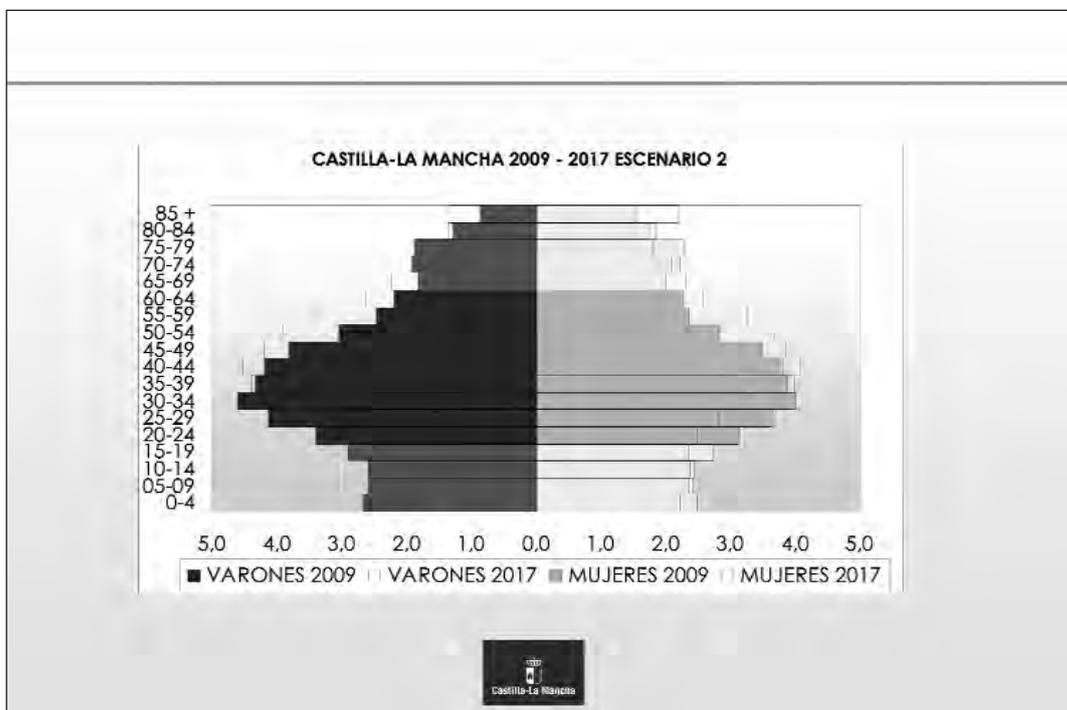
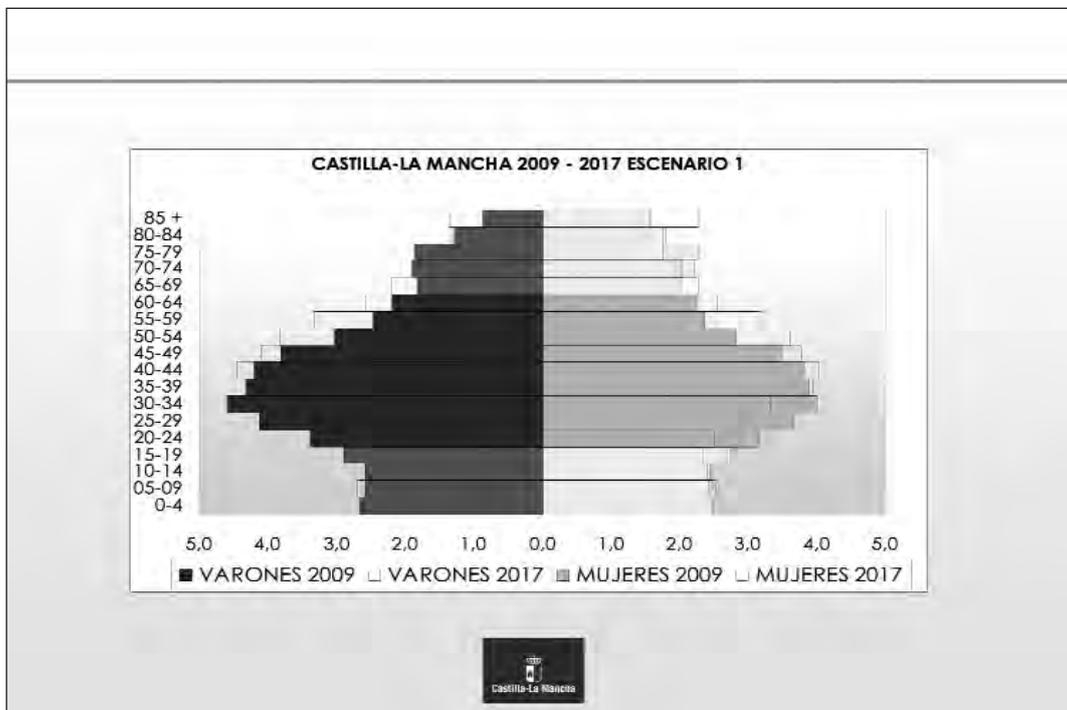


TRANSPARENCIA 3

## Escenarios demográficos (4)

- **Hipótesis sobre la evolución de los fenómenos demográficos según diferentes escenarios :**
- Se ha considerado un **primer escenario** en el cual las entradas netas de extranjeros en España evolucionan según la tendencia más reciente hasta el año 2010, año a partir del cual se mantienen constantes. El total de entradas en España durante el periodo 2007-2059 se eleva a 14,6 millones de personas.
- Un **segundo escenario**, que supone a medio plazo una disminución mayor de las entradas netas, se ha establecido de acuerdo con Eurostat. Las entradas netas del extranjero son las mismas que en el Escenario 1 para el periodo 2002-2006 y, a partir de este último año, la tendencia decreciente de las entradas de extranjeros hasta el año 2010, las sitúa en torno a las 100.000 anuales para el periodo 2007-2059, por lo que el total de entradas durante el mismo es de unos 5,8 millones de personas.:





### INDICADORES DEMOGRAFICOS (3)

- **Densidad de población: (22,85 h/km<sup>2</sup>) notablemente inferior a la media de España (84,42 h/km<sup>2</sup>).**
- **Es la 3<sup>a</sup> Comunidad Autónoma con mayor superficie (79.463 h/Km<sup>2</sup>), y la que tiene la densidad más baja (22,85 h/Km<sup>2</sup>), seguida de Aragón (25,7 h/km<sup>2</sup>), Extremadura (25,79 h/km<sup>2</sup>) y Castilla y León (26,40 h/km<sup>2</sup>).**
- **Castilla – La Mancha tiene un saldo vegetativo positivo (0.9 por 1.000 hab.). El crecimiento se localiza en la Comarca de la Sagra, del Henares y Mediterráneo.**



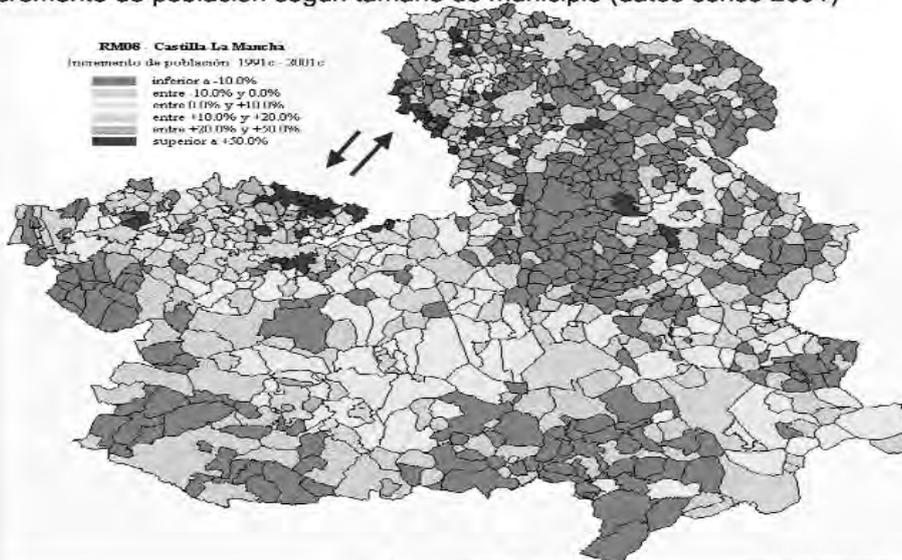
TRANSPARENCIA 4

### INDICADORES DEMOGRAFICOS (4)

Incremento de población según tamaño de municipio (datos censo 2001)

**RM06 - Castilla La Mancha**  
Incremento de población: 1991 e - 2001 e

	inferior a -10.0%
	entre -10.0% y 0.0%
	entre 0.0% y +10.0%
	entre +10.0% y +20.0%
	entre +20.0% y +50.0%
	superior a +50.0%



TRANSPARENCIA 5

## MUNICIPIOS POR TAMAÑOS EN CASTILLA-LA MANCHA

Tamaño del municipio	Nº municipios	Población total
De 0 a 500 habitantes	495	82.900
De 501 a 1.000 habitantes	133	94.815
De 1.001 a 2.000 habitantes	103	147.206
De 2.001 a 5.000 habitantes	120	368.557
De 5.001 a 10.000 habitantes	34	237.769
De 10.000 a 30.000 habitantes	25	398.368

FUENTE: INE. Elaboración: Consejería de Medio Ambiente



## INDICADORES DEMOGRAFICOS (5)

- Nº de municipios: 919
- Más de la mitad de los municipios tienen menos de 500 habitantes
- El 50% de la población reside en municipios de menos de 2000 hab.
- La población se encuentra muy concentrada en 7 municipios urbanos, que son las 5 capitales de provincia, Talavera de la Reina y Puertollano.

### Como ejemplo:

- Cuenca es la segunda provincia más despoblada de España, pues en el 84,9% de sus municipios residen menos de 1.000 habitantes
- En la provincia de Guadalajara, un 89% de los municipios tiene menos de 500 habitantes, el 95,5% menos de 2.000 y el 99% menos de 5.000, concentrándose en sólo 2 municipios el 50% de la población de esa provincia.



TRANSPARENCIA 6

#### INDICADORES DEMOGRAFICOS (6)

**Esta situación de ruralidad + envejecimiento progresivo es ...**

**sin duda el dato demográfico más importante a tener en cuenta y de un mayor impacto social y sanitario en los próximos años.**

**Estamos por encima de la media del país.**

- **Un 17,4 % son personas mayores de 65 años**
- **21,7 % son mayores de 60 años..... (Índice de Roset)**



TRANSPARENCIA 7

#### INDICADORES DEPENDENCIA (SAAD)

- ***En Castilla - La Mancha “la aplicación de la ley de dependencia mejora progresivamente fruto de la dedicación de los profesionales y de la larga trayectoria existente en la región en la prestación de servicios sociales”***
- ***En estos momentos más de 21.000 personas-familias se están beneficiando en nuestra región del SAAD, (21.797 es la cifra real a 1 de octubre); y se están prestando 25.000 prestaciones y servicios (25.244 a 1 de octubre)”***
- ***En III Dictamen del Observatorio de la Dependencia de la Asociación Nacional de Directores y Gerentes de Servicios Sociales (30 de junio de 2009) relativo al primer semestre de 2009, Castilla-La Mancha obtuvo una puntuación de 8, situándose en el tercer puesto. Solo dos CCAA consiguen mejor calificación: Andalucía y País Vasco, con 8,5 puntos.***



TRANSPARENCIA 8

**Un Plan de Salud y Bienestar Social en Castilla – La Mancha para la próxima década ¿POR QUÉ?**

# Plan de Salud y Bienestar Social

DE CASTILLA-LA MANCHA  
2011 - 2020

*Compromiso de Futuro*





TRANSPARENCIA 9

## COHERENCIA ESTRATÉGICA CON LAS POLÍTICAS SOCIALES

2001-2010 → 2011- 2020



- Compromiso de Gobierno Transferencias sanitarias (2002)**
- Desarrollo de recursos**
- Cambios del contexto**
- Adaptación a las nuevas necesidades y cuidados**
- Compromiso con las futuras generaciones**
- Posición estratégica de CLM**





TRANSPARENCIA 10

**El futuro Plan analizará las necesidades actuales y futuras, diseñará el modelo de cuidados que asegure la continuidad de la atención a lo largo de la vida de las personas y a lo largo de los diferentes procesos de enfermedad y discapacidad; diseñará los modelos de participación de las personas, que deben ser protagonistas en la gestión del proceso de atención y, también, los sistemas de mejora continua de la calidad, así como la forma en que todas las políticas públicas deben contribuir a la salud y al bienestar de las personas que residen en la región”**



TRANSPARENCIA 11

**LA EXPERIENCIA DE PLANIFICACIÓN EN LA REGIÓN**



TRANSPARENCIA 12

Plan de Salud y Bienestar Social DE CASTILLA LA MANCHA 2011 a 2020  
*Comunicación de Políticas*

**POSICIÓN ESTRATÉGICA DE CASTILLA LA MANCHA:**

- **Tenemos un capital social y relacional**  
*Castilla -La Mancha ha consolidado unas redes de cooperación, compromiso y reciprocidad excelentes con el tejido asociativo en salud y bienestar social.*
- **Contamos con sistemas de información muy desarrollados**  
*que aportan solidez científica y transparencia las decisiones que se adopten, en relación al establecimiento de prioridades y recursos a invertir.*
- **Tenemos más y mejor conocimiento de la realidad social**  
*Si bien es necesario potenciar la investigación aplicada al conocimiento de las necesidades de los grupos sociales más desfavorecidos, las personas mayores, las personas con discapacidad y dependencia, y especialmente las necesidades en el área rural de la región.*
- **Contamos con la experiencia y el compromiso de los profesionales, de las instituciones, de los agentes sociales y la sociedad civil.**


TRANSPARENCIA 13

**Enfoque y Marco: orientaciones estratégicas**












TRANSPARENCIA 14

#### COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA (IDEAS CLAVE)

- El **modelo actual** (no coordinación efectiva entre AP y Hospital y entre salud y servicios sociales) genera gasto innecesario e insatisfacción de los ciudadanos al sentir que no se atienden sus necesidades de cuidados.
- Para responder a los retos sociales mas urgentes es necesario hacer **cambios en el nivel estratégico** (políticas) **en el nivel operativo** (nuevas formas de organización, unidades de gestión, continuidad de la atención, nuevos perfiles profesionales, contratación) y **gestión** que incentiven la atención integrada.
- **Modelo en red-** integración de niveles AP, hospital y servicios sociales, equipos interprofesionales e intersectoriales con el objetivo de dar respuesta integrada a la cronicidad y la dependencia.
- En el modelo en red es necesario **implicar a los usuarios y asociaciones de pacientes, como socios de la red.**



#### INFORME-ESTUDIO EN RELACIÓN A LOS MAPAS SANITARIO Y DE SERVICIOS SOCIALES Y LA POSIBLE UNIFICACIÓN EN EL MAPA SOCIOSANITARIO DE CASTILLA-LA MANCHA

- Objeto**
- Antecedentes-regulación (estatal y autonómica) de ambos mapas**
- Situación actual**
  - **Mapa sanitario:**Áreas, Distritos, Zonas básicas. Y zonas farmacéuticas
  - **Mapa de servicios sociales:** Área y zonas de servicios sociales
- Estudios propuestos para el análisis de unificación de mapas**



### **MAPA SANITARIO**

- 8 Áreas de salud
- 36 Distritos sanitarios
- 208 Zonas básicas de salud
- 171 Zonas farmacéuticas
- 919 Municipios



### **MAPA DE SERVICIOS SOCIALES**

- 92 Áreas de servicios sociales
  - 29 áreas PRAS
  - 22 áreas Mixtas
  - 41 áreas de Plan Concertado



**LOS 6 EJES DEL PLAN DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL 2011-2020**

- **Autonomía, Inclusión social y Salud en todas las etapas de la vida**
- **Cuidar a las personas en situación de dependencia**
- **Red de servicios y cuidados integrados, centrados en la persona, la continuidad de cuidados y la innovación**
- **Participación social deliberativa**
- **Investigación, ciencia y tecnologías aplicadas al mantenimiento de la salud y el bienestar.**
- **Evaluación e impacto de las políticas e intervenciones**



TRANSPARENCIA 15

**CAMPUS INTERSECTORIAL POR LA SALUD Y EL BIENESTAR SOCIAL**

***Configurar una plataforma de observación y CONSULTA INTERACTIVA en FORMATO***

***WEB 2.0 orientada hacia todos los actores (profesionales, ciudadanía, pacientes), que genere información útil, relevante para la elaboración y seguimiento del PLAN***

***... además en el futuro salud- database sobre indicadores de seguimiento del plan***

**Hacer participar , movilizar e interaccionar con los diversos agentes para construir, seguir e ir adaptando a los cambios el futuro Plan ...**

TRANSPARENCIA 16



Francisco Margallo.

**Francisco Margallo,**  
director de Programas de la Dirección General de Coordinación  
de Políticas Sectoriales sobre Discapacidad del Ministerio de  
Sanidad y Política Social

La atención a las personas con discapacidad constituye hoy uno de los principales retos de la política social para las administraciones públicas. Las personas con grandes discapacidades requieren apoyos para poder ejercer todos sus derechos, y desarrollar las actividades de la vida diaria. Las demandas y cuidados sanitarios y sociales para personas con graves discapacidades se han incrementado notablemente en los últimos años. Todo ello hace necesario abordar uno de los aspectos que ocupan hoy la atención y preocupación de los políticos y de los expertos, que es la atención sociosanitaria. Yo voy a orientar mi reflexión sobre la atención sociosanitaria desde el ámbito de la discapacidad más que desde el ámbito de la dependencia, que es el ámbito hacia el que hoy, cuando hablamos de atención sociosanitaria, tendemos a ir. Por ello, debemos tener claro, en primer lugar, cuáles son las diferencias y cuáles son las convergencias entre el concepto de discapacidad y el concepto de dependencia. Si queremos hacer realmente una política de coordinación sociosanitaria debemos entender exactamente de qué estamos hablando. De quiénes estamos hablando y de cuántos estamos hablando. ¿Qué se entiende por discapacidad? A aquellas personas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo y que, al interactuar con diversas barreras,

les pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones que todos los demás individuos.

Esto es fundamental que lo entendamos. Es fundamental que entendamos que tenemos que huir ya del modelo médico de discapacidad. La discapacidad no es un problema médico de la persona. La discapacidad es otra cosa, y en el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad nos lo define claramente. ¿Qué es lo que quiere esto decir? Que la discapacidad en principio es un concepto que evoluciona. Es decir, que no siempre entendemos y no hemos entendido por discapacidad lo mismo.

Las personas que trabajamos en temas de discapacidad desde los años setenta hasta hoy hemos visto cómo ha evolucionado el concepto, y evidentemente en función de ese concepto, todas las políticas que se hacen para las personas con discapacidad, desde el modelo asistencial que antes se tenía al modelo médico-rehabilitador, y desde éste al modelo social. Hoy entendemos que es un problema de la persona, evidentemente que lo es; pero ese problema está causado porque al interactuar con diversas situaciones de su vida diaria, le impide participar en la vida social y económica. Por lo tanto, la discapacidad es la desventaja que tiene una persona por sus déficits y limitaciones personales, pero también porque la sociedad impone a estos individuos unas barreras que son debidas a la actitud y al entorno.

### **Dependencia**

Y dependencia, ¿Qué entendemos por dependencia? Pues dependencia, según el artículo 2.2 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, es un estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que por razones debidas a la edad, a la discapacidad o a una enfermedad, y ligadas a la falta y pérdida de la autonomía personal, necesitan la atención o precisan la ayuda de otra persona para desarrollar las actividades más esenciales de la vida diaria. Es decir, evidentemente, todas las personas con dependencias son personas con discapacidad, pero no todas las personas con discapacidad son personas en situación de dependencia. Y esto de cara a la política y a la atención socio sanitaria debemos tenerlo muy en cuenta, y debemos tenerlo muy claro.

¿De cuántas personas estamos hablando? Pues, según la encuesta de discapacidad de autonomía personal y situaciones de dependencia, presentada recientemente por el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad, el número total de personas con discapacidad que residen en domicilios particulares

en España asciende a 3.850.000 personas. Es decir, el 8,5% de las personas del total de la población tienen una discapacidad o dicen que tienen una discapacidad. Evidentemente, debemos tener en cuenta que una cosa son los datos, los registros estatales (por ejemplo los reconocimientos de grado de discapacidad), y otra cosa es una encuesta a la que responde la persona que dice tener una discapacidad. Por lo tanto, 3.850.000 personas en España dicen que tienen una discapacidad, de las que 2.300.000 son mujeres, y 1.550.000 son hombres. Es importante también saber que 1.500.000 personas con discapacidad tienen menos de 65 años, y 2.200.000 más de 65 años. Dentro de las Comunidades Autónomas, la que más personas con discapacidad tiene por mil habitantes es Galicia.

Las discapacidades más frecuentes son las de movilidad, que están presentes en 2,5 millones de personas, y las discapacidades para realizar actividades de la vida doméstica y autocuidado. 2.800.000 personas tienen algún tipo de dificultad para realizar alguna actividad básica de la vida diaria, y aquí es donde viene la relación con la dependencia, pues más de dos millones dicen que tienen serias limitaciones para desarrollar las actividades de la vida diaria. Dentro de las deficiencias, las principales son las que afectan a las articulaciones y huesos y las auditivas y visuales.

En cuanto a los servicios sociosanitarios ¿Qué es lo que nos interesa? 2.200.000 personas dicen haber recibido algún servicio social o sanitario. Es decir, que una gran proporción de personas con discapacidad han recibido un servicio, bien social o bien sanitario. Fundamentalmente, los servicios más solicitados son los servicios de salud, la gran mayoría de personas con discapacidad en España han recibido servicios de salud. Es decir, los servicios sanitarios son fundamentales para las personas con discapacidad. En cuanto a los servicios sociales, 500.000 personas, aproximadamente, han requerido los servicios de información, asesoramiento y valoración de la discapacidad. 326.000 personas, transporte sanitario y adaptado, y 105.000 atención domiciliaria.

Por lo tanto, vemos que los servicios sociales y los servicios sanitarios son fundamentales y es necesario hablar de la coordinación de esos servicios, porque son los dos fundamentales, aparte de otros, evidentemente los laborales.

Ahora bien, cuando hablamos de atención sociosanitaria, lo que sí tenemos que tener en cuenta es que las personas con discapacidad no son ni se sienten enfermos. Es decir este concepto lo tenemos que tener claro cuando se haga una clara estrategia para la atención sociosanitaria de las personas con discapacidad. Ya hemos visto la definición de la Organización Mundial de la Salud, si bien es cierto que las personas con discapacidad, además de los servicios sociales, ne-

cesitan una atención de salud más frecuente e intensa que el resto de la población. Por ejemplo, tenemos personas con enfermedad mental, personas con enfermedades raras, y otras que tienen unas necesidades específicas de ayudas técnicas y apoyo ortoprotésico. Es decir, hay muchos tipos de discapacidad que evidentemente no necesitan más cuidado que la población en general, pero hay otros que sí necesitan más atención o necesitan una atención sociosanitaria. A esto es hacia donde se debe tender.

¿Qué entendemos cuando hablamos de atención y prestación de atención sociosanitaria? Ahora, todos los profesionales hablamos mucho del espacio socio-sanitario, la atención sociosanitaria, la coordinación sociosanitaria. ¿Es éste un término nuevo? No lo es. Este término ya se menciona en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, donde se define lo que es la atención sociosanitaria. La atención sociosanitaria la define esta ley como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de una actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción laboral. Esto es lo que se entiende por atención sociosanitaria.

Ya en el año 2003 se hablaba de la atención sociosanitaria. La mencionada Ley 16/2003 decía, en su artículo 14, que la atención sociosanitaria tendría tres niveles: el primero, los cuidados sanitarios de larga duración, y cuando habla de cuidados sanitarios no solamente se refiere, lógicamente, a la atención médica, sino que los cuidados tienen un espectro mucho más amplio como la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación. Pero, además, la ley nos hablaba de la coordinación. Es decir, nos decía que la continuidad de los servicios será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de una adecuada coordinación entre las administraciones públicas. Por lo tanto, se entiende por atención sociosanitaria la colaboración intensa y estructurada de los servicios de salud y los servicios sociales. Y a esto creo que debemos tender, a estructurar la atención sociosanitaria.

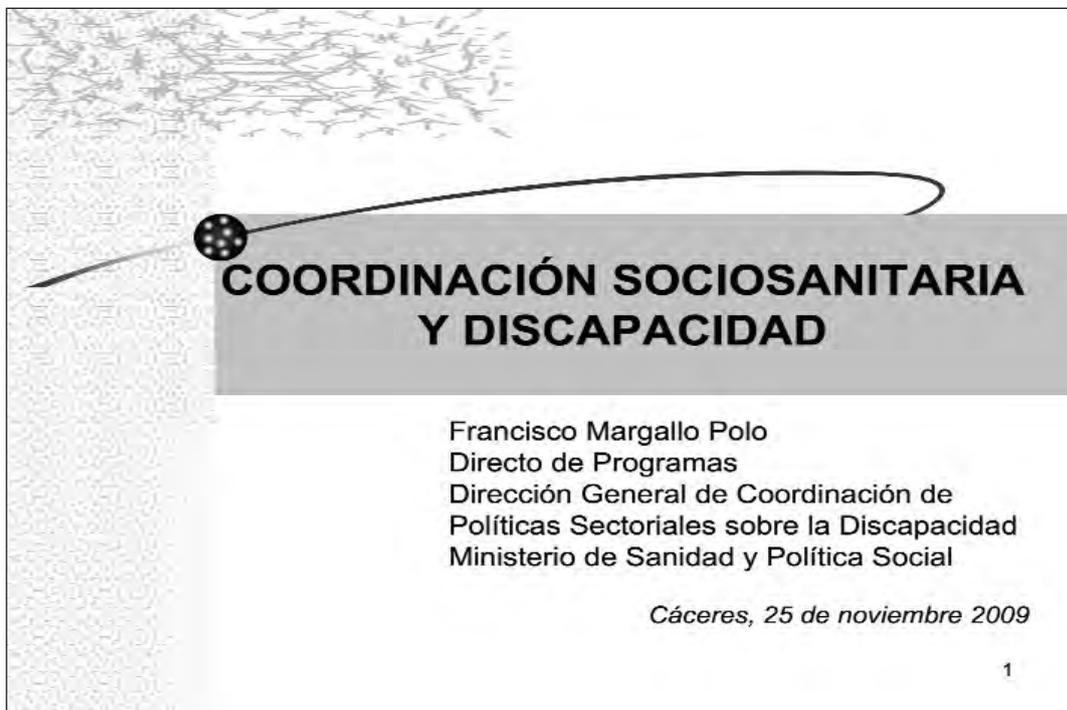
## **Servicios**

Lo que se ha desarrollado mucho con la Ley de Dependencia es el catálogo de servicios sociales y de prestaciones económicas. Sin embargo, nos encontramos con que entre los dos sistemas, el sanitario y el social, existen, hoy por hoy, unas diferencias fundamentales. Diferencias que hasta día de hoy, y éste es el objeto de esta jornada, no se han superado o no se han resuelto adecuadamente.

¿Cuáles son las diferencias? Evidentemente, organizativas. Hay una fragmentación clara entre los dos sistemas. El sistema social va por una parte y el sistema sanitario por otra. De todas formas, les puedo comentar que yo pertenezco al sistema social, he trabajado desde 1978 en temas de discapacidad y, evidentemente, desde el ámbito de los servicios sociales, hemos tenido un desconocimiento total del sistema sanitario; pero es que desde el sistema sanitario ha pasado exactamente lo mismo. Ha habido un desconocimiento total y absoluto. Hay marcos jurídicos y administrativos totalmente diferentes, diferentes modelos de financiación. Es decir, el sistema sanitario es universal y gratuito, el sistema de los servicios sociales no; hay una parte de copago, los servicios sociales se han dado, fundamentalmente, cuando han salido las ayudas y las prestaciones. Es decir, son ayudas que se pueden dar o no dependiendo de una serie de circunstancias. Por lo tanto, hay unos diferentes modelos de financiación y configuración jurídica. Todas estas diferencias nos llevan a la necesidad de la coordinación socio sanitaria.

Para hacer una coordinación socio sanitaria ¿Qué es lo que se puede plantear? Creemos que uno de los objetivos tiene que ser elaborar a medio plazo una estrategia global de acción ¿Y qué es esto de la estrategia global de acción para la atención socio sanitaria? Pues una estrategia es global porque analiza todas las políticas: la sanitaria, la social, la de los servicios sociales, la de la Seguridad Social, el empleo, la vivienda... Por lo tanto, debe hacerse un diagnóstico con todos los problemas que existen en la atención socio sanitaria y elaborar una estrategia.

Esta estrategia es necesaria por varias razones. Primero, porque hay un mandato de una ley que lo dice; segundo, por necesidad social, las personas necesitan un conjunto de prestaciones tanto sanitarias como sociales y, por último, por exigencia y eficacia de los sistemas sanitarios. Si no somos capaces de hacer una estrategia a nivel estatal, global, de acción para la atención socio sanitaria, difícilmente vamos a solucionar los problemas. ¿Cuáles son los contenidos fundamentales de esta estrategia? Primero, clarificar los conceptos. Debemos saber todos de qué estamos hablando cuando hablamos de atención socio sanitaria, y cuáles son los principios y coordinación de ambos sistemas; definición de un marco conceptual; determinar con claridad las diferentes prestaciones, las sanitarias y las sociales sin que puedan existir duplicidad de utilización de recursos; delimitar los grupos de atención preferentes, es necesario delimitar quiénes son los beneficiarios de la atención socio sanitaria, porque no solamente son las personas en situación de dependencia, evidentemente sí, pero hay más situaciones que también tienen que ser beneficiarias; creación de órganos de coordinación; elaborar instrumentos de valoración estandarizados y comunes a cualquier ámbito de atención, y finalmente, establecer estándares de calidad para la acreditación de los servicios públicos, incluyendo los requisitos de diseño.

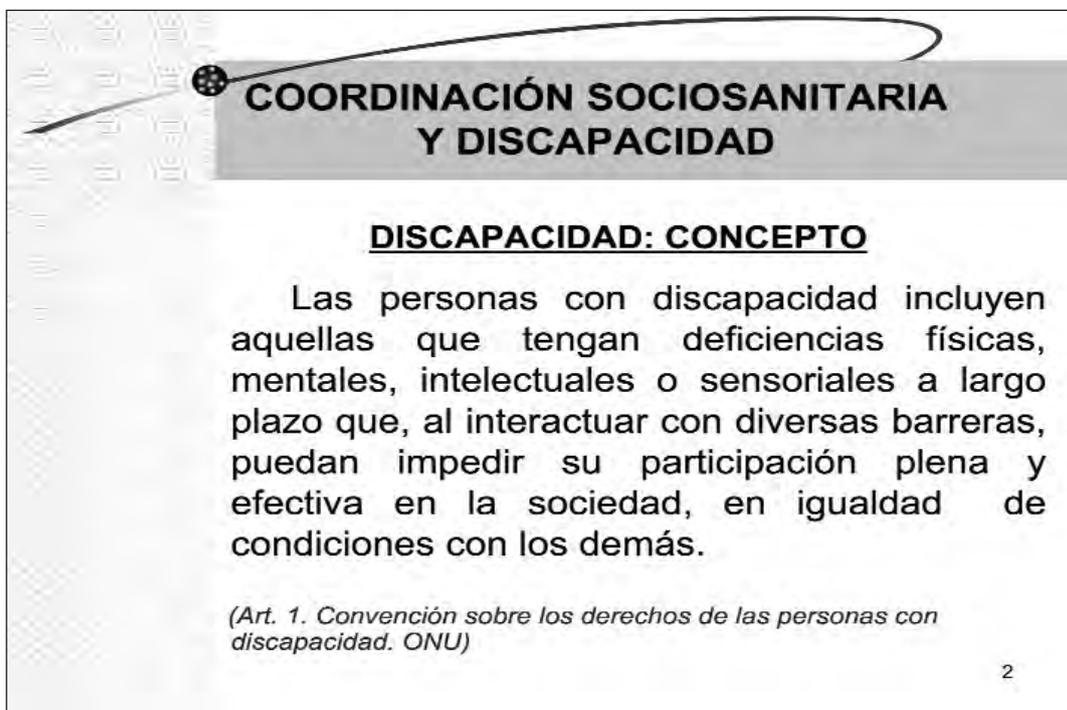


## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD

Francisco Margallo Polo  
Directo de Programas  
Dirección General de Coordinación de  
Políticas Sectoriales sobre la Discapacidad  
Ministerio de Sanidad y Política Social

*Cáceres, 25 de noviembre 2009*

1



## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD

### DISCAPACIDAD: CONCEPTO

Las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

*(Art. 1. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. ONU)*

2

## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD

### DEPENDENCIA: CONCEPTO.

Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra persona u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

(Art.2.2 Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y <sup>3</sup> Atención a las personas en situación de dependencia).

## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD

### LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA: DATOS CUANTITATIVOS.

- El número total de personas con discapacidad en España asciende a 3.850.000 personas (8,5% del total de la población).
- 2.300.000 (59,8%) son mujeres; 1.550.000 hombres (40,2%).
- 1.500.000 personas con discapacidad tienen menos de 65 años y 2.220.000 más de 65 años.
  - En Galicia de cada 1000 habitantes, 112,9 dicen tener alguna discapacidad.
  - En Extremadura 109,9

Fuente: Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD – INE 2008)

4

## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD

### LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA: DISCAPACIDADES MÁS FRECUENTES.

- Los principales tipos de discapacidad son las de **Movilidad (2,5 millones)**, **Vida doméstica (2 millones)** y **Autocuidado (1,8 millones)**.
- 2.800.000 personas tienen graves dificultades para realizar las **actividades básicas de la vida diaria (relacionadas con la dependencia)**.
- En todos los tipos de discapacidad, las mujeres **presentan unas tasas superiores a los hombres**.

5

## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD

### LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA: DEFICIENCIA MÁS FRECUENTES.

- Del total de personas con discapacidad, 1,5 millones tienen como una de sus **deficiencias de origen** las que afectan a las articulaciones y huesos, lo que supone un 42% del colectivo. Le siguen las deficiencias **auditivas**, las **visuales y las mentales** con un 23% y, 21% y 11,6% de las personas con discapacidad respectivamente.

6

## COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Y DISCAPACIDAD

### LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA: SERVICIOS SOCIOSANITARIOS

- 2,2 millones han recibido algún servicio social o sanitario, la gran mayoría en régimen **gratuito** (93,2%), el 13,9% ha pagado íntegramente alguno de los servicios y el 5% solo una parte.
- Los servicios más solicitados, los relacionados con la **salud**.
  - **Servicios de salud:**
    - ✓ 1,1 millones de personas con discapacidad han requerido cuidados médicos y de asistencia sanitaria.
    - ✓ 660.300 se han realizado alguna **prueba diagnóstica**.
  - **Servicios sociales:**
    - ✓ 408.100 personas han requerido los servicios de información, asesoramiento y valoración de la discapacidad.
    - ✓ 326.660, transporte sanitario y /o adaptado.
    - ✓ 105.600, atención domiciliaria.

7

## COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Y DISCAPACIDAD

### DISCAPACIDAD: ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

las personas con discapacidad **no son ni se sienten enfermas**, si bien muchas de ellas necesitan, además de servicios sociales, una **atención de salud** más frecuente e intensa que el resto de la población, (personas con enfermedad mental, enfermedades raras, etc.), teniendo necesidades específicas (ayudas técnicas, material ortoprotésico, etc)

8



## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD

### PRESTACIÓN DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA.

“Conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”

*(Art. 14 Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.)*

9



## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD

### PRESTACIÓN DE ATENCIÓN SANITARIA.

**Niveles:** Desde el ámbito sanitario, la atención socio sanitaria tendrá tres niveles de atención:

- Los cuidados sanitarios de larga duración.
- La atención sanitaria a la convalecencia.
- La rehabilitación en pacientes con déficit funcional.

**Coordinación:** La **continuidad del servicio** será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada **coordinación** entre las Administraciones públicas correspondientes.

*(Art. 14 Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.)*

10

## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD

Se entiende por atención socio sanitaria.....

- La colaboración intensa y estructurada entre los servicios de salud y los servicios sociales, en la que deben coexistir diferentes niveles de coordinación, teniendo como finalidad garantizar la prestación de servicios adaptados a las necesidades que presenta la persona.

**Atención sanitaria:** Tiene por objeto dar respuesta a las necesidades sanitarias de las personas, conforme a lo establecido en sus diferentes programas.

**Atención social:** Asume la prestación de los servicios domiciliarios e institucionales que precise la persona.

11

## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD

### PRESTACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

☐ CATÁLOGO DE PRESTACIONES ( Ley 16/2003):

- Salud pública.
- Atención primaria.
- Atención especializada.
- Atención socio sanitaria.
- Atención de urgencia.
- Prestación farmacéutica.
- Ortoprotésica.
- Productos dietéticos.
- Transporte sanitario.

12



## **COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Y DISCAPACIDAD**

### **PRESTACIONES Y SERVICIOS DEL SISTEMA DE DEPENDENCIA .**

**A) CATÁLOGO DE SERVICIOS SOCIALES:**

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a domicilio.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Servicio de Centro de Día y de Noche.
- Servicio de Atención Residencial.

**B) PRESTACIONES ECONÓMICAS.**

13



## **COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Y DISCAPACIDAD**

### **DIFERENCIAS ENTRE LOS SISTEMAS SANITARIO Y SOCIAL.**

- Diferencias organizativas. Fragmentación entre los diferentes sistemas y administraciones. Marcos jurídicos y administrativos diferentes.**
- Diferentes modelos de financiación. Los servicios sanitarios basados en la gratuidad; los sociales, basados en el copago.**
- Diferente configuración jurídica.**

**.... Diferencias que dificultan la COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.**

14

## **COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD**

### **COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS EN LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA.**

“Conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de **atención socio sanitaria** que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situación de dependencia”. ( **Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España**).

15

## **COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD**

### **PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA.**

ELABORAR, A MEDIO PLAZO:

### **ESTRATEGIA GLOBAL DE ACCIÓN PARA LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA.**

16



## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD

### PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA.

**Razones justificativas:**

- ☞ Por mandato contenido en la Ley 16/2003.
- ☞ Por necesidad social.
- ☞ Por exigencias de eficacia de los sistemas sanitario y social.

17



## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD

### PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA.

**Contenidos de la Estrategia:**

- ☞ Clarificar conceptos, principios y acciones de coordinación entre ambos sistemas. Definición del marco conceptual.
- ☞ Determinar con claridad las diferentes prestaciones sanitarias y sociales, sin que pueda existir duplicidad en la utilización de recursos. Elaborar un catálogo de servicios socio sanitarios.
- ☞ Delimitar grupos de atención preferentes.
- ☞ Creación de **órganos de coordinación** con el respaldo normativo de las administraciones públicas.

18

## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y DISCAPACIDAD

### PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA (cont.).

5. Elaborar instrumentos de valoración estandarizada, comunes a cualquier ámbito de atención socio sanitaria. Establecer sistemas de formación conjunta.
6. Establecer estándares de calidad para la acreditación de los servicios públicos incluyendo: **requisitos** de diseño, equipamientos, dotación de recursos humanos y materiales, indicadores que garanticen la efectividad de los programas.

19

*“Debemos tener en cuenta que las personas  
con discapacidad no son ni se sienten  
enfermos”*

Francisco Margallo



Alberto Herrera Tejada.

## DEBATE

MODERADOR

**Alberto Herrera Tejada,**

profesor de Economía y director de la Unidad de Atención a Estudiantes de la Universidad de Extremadura

Como representante en esta mesa de la Universidad de Extremadura, que es una de las entidades que integran el Observatorio Estatal de la Discapacidad, quiero darles las gracias a ustedes por su participación en esta jornada de coordinación sociosanitaria, una necesidad ineludible.

### **Pregunta**

Se ha reconocido la falta de coordinación entre lo social y lo sanitario. Pero los perjudicados son los propios discapacitados, ¿hasta cuándo?

### **Francisco Margallo**

Sí, evidentemente. El perjudicado siempre es el beneficiario, y estamos absolutamente de acuerdo. Pero creo que ahora es el momento. La ministra de Sanidad está hablando también de espacio sociosanitario, y todos estamos de acuerdo en la necesidad de la atención sociosanitaria. ¿Por qué no se ha hecho hasta ahora? Pues porque ahora todos somos más conscientes, y sin duda la Ley de Dependencia ha sido un factor determinante, pero no solamente en cuanto a la atención sociosanitaria. Puedo poner un ejemplo. No hace mucho se ha aprobado

una estrategia global de acción para el empleo de personas con discapacidad. Y me podrías preguntar, ¿y por qué no se ha hecho hasta ahora? Porque nos estamos dando cuenta todos, y estamos todos convencidos de que ha llegado el momento de que las políticas no pueden ir cada una por su parte, sino que debemos coordinarnos todos. Por ejemplo, en cuanto a la estrategia que comentaba de empleo, hemos llegado a un acuerdo entre los agentes sociales, los colectivos de personas con discapacidad, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Sanidad, IMSERSO, etc. Debemos tratar el problema de una forma global y coordinada. Los problemas no pueden ser individuales. La Ley de Dependencia ha sido el pistoletazo de salida, y creo que es el momento para que se coordinen todas las políticas. Existe, creo, voluntad política; existen conocimientos técnicos, y creo que existe además un conocimiento real, un diagnóstico de la situación.

### **Juan Carlos Campón**

Yo veo que no solamente las personas con discapacidad no están siendo perfectamente atendidas si no existe una buena coordinación socio sanitaria, sino cualquier persona que se encuentre en una circunstancia de vulnerabilidad en nuestra sociedad y que necesita de los procesos de atención continuada para solventar sus problemas. En ese sentido, la Ley de la Dependencia viene a elevar al rango de ley la cobertura de algunas necesidades básicas que ya estaban cubiertas en otros entornos de sistemas de protección: salud, educación, pensiones... Digamos que viene a cerrar el círculo, que pone en igualdad de derechos esa atención a las necesidades que genera la dependencia con la atención sanitaria. La consejera lo decía de una forma muy clara en su intervención esta mañana: el hecho de que no exista una buena coordinación socio sanitaria implica que en cierta forma se están vulnerando derechos de los ciudadanos. Por lo tanto, yo creo que las administraciones públicas que estamos aquí representadas tenemos la obligación de avanzar en este sentido. Los procesos de atención abordan las necesidades de las personas en todos esos ámbitos y buscan una mejor y mayor cobertura de esas necesidades. Si no lo hacemos así, no lo estamos haciendo bien. Estamos parcheando las necesidades de los ciudadanos. Creo que estamos avanzando mucho, desde el momento en que planteamos este debate en el entorno de los derechos de los ciudadanos y existe, creo que de una forma clara, tanto por parte del Estado como de las administraciones, la voluntad de abordar de una forma efectiva, con políticas concretas, las soluciones a estos problemas.

### **Pregunta**

Es lamentable que haya personas con invalidez que tengan que pasar por otro tribunal médico para conseguir la discapacidad. Si hay una ley que está aproba-

da, ¿por qué no se lleva a efecto para que no tengan que pasar por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales para que se la den? Es un gasto enorme, porque muchas veces hay personas que tienen la absoluta, van al Tribunal y a lo mejor le dan un 14% de discapacidad.

### **Francisco Margallo**

La Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad dice que se considerarán personas con discapacidad “a efectos de esta ley” (y eso es importante, es fundamental que se tenga en cuenta), las personas que tienen reconocido un grado del 33% o más, personas que tienen reconocida una incapacidad permanente, total, absoluta o gran invalidez. Lo dice claramente la ley Bien. Pero eso ha planteado muchos problemas, efectivamente, como usted dice, no se ha entendido bien. Inclusive al principio los equipos de valoración de la discapacidad no entendíamos muy bien esto, pero hoy existe una claridad total y meridiana. De tal forma que el Tribunal Supremo, en sentencia, dice que no es lo mismo la incapacidad que la discapacidad. La incapacidad es consecuencia de un trabajo, y la discapacidad es como consecuencia de una serie de limitaciones en actividades de vida diaria. Y dice el Tribunal Supremo que cada ley determinará a sus efectos quién es persona con discapacidad. Lo que quiere decir esto es que el reconocimiento legal de persona con discapacidad en España es el que hacen los equipos de valoración de la discapacidad. Y también dice claramente que serán beneficiarios de las políticas de empleo las personas que tienen reconocido un grado del 33 por ciento o las que tienen reconocido un grado de incapacidad total, absoluto o gran invalidez, cada ley determinara a sus efectos quién es persona con discapacidad globalmente en España. Después, cada ley determina quién es. Efectivamente, las leyes determinan el grado pero no existe una homologación automática del grado de incapacidad al grado de discapacidad. Porque la ley no lo permite y, además, por sentencia del Tribunal Supremo en unificación de doctrina.

### **Pregunta**

Soy profesor titular de la Universidad de Extremadura, donde enseño biomecánica y ergonomía. Yo sé que este tema es muy transversal, y me van a permitir ceñirme a algo, digamos, muy cercano a mi perfil profesional y de lo que enseño en la universidad e investigo. Me ha llamado mucho la atención que, aunque el Libro Blanco de investigación, desarrollo tecnológico e innovación en el contexto de la discapacidad se ha aprobado como una política central del Estado español desde hace varios años, ninguna de las tres Comunidades Autónomas representadas aquí ha mencionado iniciativas centrales y autonómicas orientadas al I+D+i

en un sector estratégico de la economía española, el sector de las tecnologías de rehabilitación, que factura 12 mil millones de euros al año en España, y el 75% de las ayudas técnicas a discapacitados son productos de importación. Y si no me equivoco, ninguna empresa española que fabrica tecnologías de rehabilitación ha regulado su empleo o ha cerrado porque son productos de primera necesidad. Por lo tanto, creo que allí hay que hacer un trabajo con mucha potencia, y no dejar que las cosas se hagan, digamos, por inercia con el paso del tiempo. Ésa es la primera observación.

La segunda observación que quería hacer es que creo que es absolutamente necesario, y si no lo hacemos por nuestra propia voluntad nos va a venir la directiva de Bruselas, que los servicios de rehabilitación en todas las Comunidades Autónomas se doten de tecnologías, instrumentos electrónicos y procedimientos estandarizados y científicamente acreditados para que los profesionales realicen sus labores diarias con solvencia. Y, por último, me gustaría decir que me temo que los planes de estudios de las universidades se alejan mucho de la realidad de las exigencias, digamos, laborales del entorno de trabajo. Por lo tanto, pienso que las distintas consejerías que tienen competencia en el tema de la rehabilitación tendrían que cuidar mucho qué es lo que se aprueba en las universidades y si ciertamente los planes de estudios y los planes formativos, responden a las exigencias del sector.

### **Juan Carlos Campón**

Más que preguntas son reflexiones sobre la necesidad concreta de un sector determinado en la implantación de lo que debe ser un nuevo sistema de protección. Evidentemente, en la exposición que hemos hecho las tres Comunidades Autónomas y el representante de la Administración General del Estado hemos procurado dar unas pinceladas de nuestro punto de vista de lo que está siendo la implantación de un nuevo sistema de protección en torno a la Ley de la Dependencia, en torno a una organización sociosanitaria, en torno a la estructuración de distintos planes para generar al final un eje central que apoye a las personas que lo necesitan. Me parecen unas reflexiones razonables las que has hecho. En el caso concreto de los servicios de rehabilitación, en lo que nos corresponde, puedo decir que desde el Servicio Extremeño de Salud existe un plan específico de rehabilitación que está reorganizando todos los servicios de rehabilitación en nuestra Comunidad Autónoma, que además, desde mi punto de vista, tiene una vertiente importantísima sociosanitaria. La rehabilitación supone ya una etapa que ha superado el proceso de lo agudo, y en la que hasta ahora seguramente la atención o la dedicación que se estaba dando no era la suficiente. Y por supuesto, no entiendo un entorno de atención en el que los profesionales no estén bien dotados

de las herramientas y los instrumentos que necesitan para desarrollar sus funciones. Yo creo que eso es fundamental. Yo creo que en Extremadura en concreto, el hecho de que exista ya ese plan de rehabilitación nos abre ciertas puertas no solamente de colaboración entre lo social y lo sanitario en los procesos de atención continuada, sino en la mejor estructuración, protocolización y dotación a los profesionales de los recursos que necesitan.

### **Pregunta**

Soy Antonio Mora, trabajador social de servicios sociales de base. Llevo 21 años trabajando en servicios sociales de base, y le quería hacer una pregunta a Juan Carlos Campón. Respecto a la coordinación sociosanitaria, llevamos ya seis años, ha habido muchos esfuerzos, mucho trabajo por parte de mucha gente, pero no obstante yo sigo sin verlo en la realidad. En mi trabajo día a día sigo sin ver esas Comisiones sociosanitarias, esas Comisiones de zonas...., yo creo que se ha dejado a merced del profesional. No le veo utilidad a cómo se está haciendo. Yo creo que debería estar organizado desde arriba pero con los profesionales. Y después, un par de cuestiones rápidas al resto de ponentes para que las contesten y también se haga eco Juan Carlos Campón. Les quería preguntar si para ellos la Ley de Dependencia es fundamentalmente social o sanitaria, y si entienden su aplicación y desarrollo sin el concurso de los servicios sociales de base, de los servicios sociales municipales.

### **Juan Carlos Campón**

En cuanto a las Comisiones sociosanitarias, creo que con la constitución del decreto se ha generado una estructura básica. Hubo un esfuerzo muy importante por parte de los profesionales de la base, y fundamentalmente por parte de los profesionales de lo social, entendieron esto como una oportunidad importante, se constituyeron y estamos en un momento en el que es necesario reanimarlas de alguna forma. Yo planteaba en mi charla algunas modificaciones que nos permitirán ser mucho más efectivos. Estoy completamente seguro de que con el papel que están jugando ya, y que van a empezar a desarrollar las gerencias territoriales del SEPAD, vamos a ser capaces de que esto retome la fuerza que entendemos debe tener en la coordinación sociosanitaria.

Respecto a la segunda pregunta, la Ley de Dependencia es una ley sociosanitaria desde nuestro punto de vista, y para nada puede renunciar al papel de los trabajadores sociales. Yo creo que lo he dicho en múltiples ocasiones y circunstancias. Otras cuestiones son los problemas que podamos tener en el entorno de la red de servicios sociales. Nosotros no hemos renunciado en ningún momento al

papel que queremos que jueguen los servicios sociales en todo esto. Valga como ejemplo el decreto de procedimiento del reconocimiento del grado y nivel de dependencia, donde se le da un papel importante a los trabajadores de los servicios sociales de base, y desde luego te traslado que no estamos dispuestos a renunciar a nuestra participación en todo esto.

### **Purificación Causapié**

Para nosotros, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia es una ley ubicada en el sistema público de servicios sociales. Entendemos que eso es lo que dice la ley, no es que lo consideremos nosotros. En ese contexto, la hemos desarrollado; el catálogo de servicios es un catálogo de servicios sociales. Evidentemente tiene que haber una coordinación con el sistema sanitario, y creo que la dependencia, además, nos ha ubicado en la imprescindible coordinación con el sistema sanitario. Es verdad que hemos hecho mucha coordinación previa en discapacidad, en atención a personas con discapacidad, básicamente en atención a personas mayores, incluso en atención, por ejemplo, a personas vulnerables socialmente en zonas donde ha habido que hacer una intervención social, sanitaria, de empleo, etc. Evidentemente, para desarrollar la Ley de Dependencia en toda su plenitud es fundamental hacer ese desarrollo socio sanitario y esa estrategia.

Yo creo en un modelo de intervención pública que se centre en las personas, en un modelo de intervención pública que tiene que integrar políticas públicas y recursos de diferentes ámbitos sociales, sanitarios, empleo, educación... De esa manera, además, avanzaremos en eliminar la discriminación que se produce hacia las personas cuando intervenimos desde lo público sin tener en cuenta qué características tienen las personas sobre las que intervenimos. En ese sentido hemos situado el desarrollo de la ley. En Andalucía, sin duda, la aplicación de la ley ha reforzado el sistema de servicios sociales en su totalidad, y mucho el sistema de los servicios sociales básicos, con recursos y también con importancia social. Incluso hoy, ahora mismo, los trabajadores del sistema de servicios sociales básicos dicen "nos encontramos con sectores de población que nunca habían venido a los servicios sociales". ¿Por qué? Porque entra un perfil de población que ya no es la población vulnerable económicamente a la que estábamos acostumbrados en los servicios sociales, sino que hay población que nunca pensaba que iba a ir a aquel sitio, y que hoy va a solicitar la dependencia. Por lo tanto, ha reforzado el sistema en su conjunto. Yo creo que, como decía Juan Carlos, tenemos que afrontar las debilidades del sistema porque también le estamos presionando mucho, y ser capaces de afrontar en común este recorrido que, sin duda, tiene que reforzar en su plenitud todo el sistema de servicios sociales.

Por otra parte, también quería decir que en este momento en Andalucía, tanto desde salud como desde bienestar social, se está trabajando mucho en programas que incorporan tecnologías que nos ayuden en la atención a las personas. Yo creo que aquí hay un ámbito muy importante, y tiene que ver mucho, además, con la atención a la autonomía personal de las personas con discapacidad, la atención a personas en su domicilio y el seguimiento de las mismas.

### **Francisco Margallo**

Simplemente dar una pincelada sobre la importancia de la Ley de Dependencia. Creo que es la que ha creado el derecho subjetivo de la persona a una serie de prestaciones sociales. Antes no existían derechos subjetivos. Existían prestaciones, ayudas, subvenciones, etc. Por lo tanto, es fundamental, absolutamente fundamental para la coordinación sociosanitaria. La ley ha impulsado realmente la necesidad de la atención sociosanitaria. Creo que nadie puede negar hoy su importancia.

### **Pregunta**

Mi pregunta es, ¿en esta coordinación sociosanitaria, dónde queda el campo educativo? Hay una coordinación social y sanitaria. ¿Y el campo educativo dónde queda en esta coordinación? En otros países hay una coordinación social, sanitaria y educativa.

### **Juan Carlos Campón**

Es bastante razonable. Hay entornos de intervención, como por ejemplo en Extremadura puede ser el desarrollo infantil, donde juega un papel importante el sector educativo. Comparto contigo esa necesidad, igual que comparto y entiendo que en el desarrollo de un proceso de atención continuada habrá otros sectores de la administración a los cuales puntualmente también les corresponda intervenir, como en ese diseño permanente de lo que debe ser la trayectoria vital de una persona que se encuentre en situación de vulnerabilidad o discapacidad. Entiendo que hemos circunscrito el debate de hoy en torno a los sectores social y sanitario, pero hay otros sectores también importantes que deben, antes o después, formar parte de esta estructura de organización, como por ejemplo el sistema educativo.

### **Flor Morillo**

En Castilla-La Mancha, hace como dos años y medio se firmó un acuerdo marco de colaboración entre las Consejerías, en aquel momento de Sanidad, de Bien-

estar Social y de Educación para abordar situaciones de niños y adolescentes escolarizados con problemas de salud. Empezamos por los trastornos mentales graves y de conducta, pero se hizo extensivo. Estamos trabajando en el desarrollo de ese acuerdo marco. Dentro del eje de autonomía y de inclusión a lo largo de todas las etapas de la vida, infancia, adolescencia y juventud, el sector educativo es algo básico, con el cual estamos contando y pensamos contar.

### **Purificación Causapié**

Yo también comparto que es muy importante la intervención educativa. Es una oportunidad en el ámbito de la atención a la dependencia. En Andalucía, al menos, en el desarrollo del futuro plan integral de cero a tres años, estamos trabajando desde salud, educación, vivienda y bienestar social. Aquí es fundamental, sin duda, la intervención educativa, como lo es en atención temprana, donde también estamos trabajando coordinadamente.

*“Hay entornos de intervención, como puede ser, por ejemplo, el desarrollo infantil en Extremadura, donde juega un papel importante el sector educativo”*  
Juan Carlos Campón

## JORNADA DEBATE: COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA, UNA NECESIDAD INELUDIBLE



De izqda. a dcha.: Rosa Ruiz, presidenta de la Comisión de Salud del Cermi y gerente de Feafes; M<sup>a</sup> Ángeles Tortosa Chuliá, profesora titular del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Valencia, José Manuel Bañegil, coordinador de Informativos no Diarios del Canal Extremadura Televisión, y Ricard Barberà i Guillem, investigador del ámbito de las personas mayores y atención a la dependencia del Instituto de Biomecánica de Valencia.



Un momento del debate seguido con atención por los asistentes.

SEGUNDA MESA-DEBATE

# RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD



Rosa Ruiz.

**Rosa Ruiz,**  
presidenta de la Comisión de Salud del CERMI y gerente de  
FEAFES

Me sumo a los agradecimientos y a la organización por haber contado con el sector asociativo, con el movimiento social representativo de las personas con discapacidad, y expresamente de las personas con enfermedad mental, que es el sector en el que trabajo, y me sumo a los reconocimientos a la iniciativa de esta jornada. Muy rápidamente, me voy a permitir presentarles las dos organizaciones a las que tengo el honor y la responsabilidad de representar. En primer lugar, FEAFES, que es la entidad de ámbito estatal que aglutina al movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental. Tenemos una implantación en todas las Comunidades Autónomas y en las ciudades de Ceuta y Melilla, integrando actualmente a 219 entidades y representando a más de 41.000 personas con enfermedad mental, familias y allegados. FEAFES es miembro de diversas organizaciones, tanto en el ámbito internacional como en el nacional o en el regional.

FEAFES integra un centro denominado Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental, que es una estructura técnico-profesional que quiere ser un referente, o nos atreveríamos a decir que es un referente en el ámbito de la salud mental, con servicios y con actuaciones de carácter técnico profesional en el ámbito de la información, sobre salud mental, asesoría jurídica, documentación, comunicación, etc. Nuestra misión es mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, defender sus intereses, representar al

movimiento asociativo. Nuestro fundamento de la calidad de vida la basamos o la entendemos desde un modelo comunitario de atención a las personas con enfermedad mental, bajo diferentes principios, en coincidencia con principios que han sido recogidos en la estrategia recientemente aprobada, ya va para dos años y pico, la estrategia de salud mental del sistema nacional de salud.

Por otra parte, CERMI, como todos sabemos, es la plataforma de encuentro de acción política de las personas con discapacidad y sus familias. Está constituida por las principales organizaciones estatales del sector de la discapacidad, con algunas otras entidades sectoriales. Su misión es articular y vertebrar el movimiento social de la discapacidad, desde la cohesión y desde la unidad, respetando, por otra parte, las individualidades y el pluralismo de las distintas organizaciones que lo integran. Los grandes ejes de acción del CERMI están en relación a los derechos humanos y la no discriminación, todo lo que tiene que ver con los derechos sociales, la accesibilidad universal y la actuación en el nivel de familias. Desde un principio de democracia participativa, la famosa frase “nada sobre nosotros sin nosotros”, y como un exponente y un claro referente del sector no lucrativo, del tercer sector.

### **Deseo y realidad**

Cuando te pones delante del papel en blanco y tienes que preparar una presentación u ofrecer, que es mi intención, a los asistentes algunas ideas para el debate, para la reflexión, tienes el papel en blanco y lo primero que me vino a la cabeza fue una reflexión, una sensación de entender o de empezar valorando que la articulación sociosanitaria ha constituido en nuestro país un deseo más que una realidad. Es decir, es un deseo de todos, pero todos sabemos que es una realidad todavía inconclusa.

A lo largo de la mañana, he estado escuchando las interesantes presentaciones del resto de los compañeros, y me he dado cuenta de que, al final, parece que está todo dicho.

Nuestra propuesta la he basado en una publicación que CERMI tiene dentro de su colección *cermi.es*, concretamente el número 33, que es una propuesta sobre regulación de la prestación sociosanitaria. Está disponible a través de la página web tanto del CERMI como de FEAFES, y les recomiendo que le echen un vistazo. ¿Cuál es el estado de esa realidad inconclusa, de este deseo que tenemos todos de articular la atención sociosanitaria? No es una situación nueva. Ya en la década de los ochenta se empezó a hablar de esta circunstancia, y en la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud del año 91 ya se re-

fería, así como en el plan general o en los acuerdos de la coordinación socio sanitaria del año 93. Hubo incluso un acuerdo del congreso de consolidación y modernización del sistema nacional de salud, que ya lo refería. Ha habido planes socio sanitarios de los consejos interterritoriales, tanto del sistema nacional de salud o de la conferencia sectorial de servicios sociales donde se sentaban las bases para un modelo de atención socio sanitaria, en los años 2000-2001.

Esos son los antecedentes, y esos eran los deseos hasta ahora. Pero ahora ya tenemos una realidad, y aquí ya se ha dicho por activa y por pasiva, que es la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, y tenemos otra realidad que nosotros consideramos una oportunidad, que es el nuevo Ministerio de Sanidad y Política Social. El hecho de que a nivel estatal, el Ministerio haya integrado, como ha ocurrido en algunas Comunidades Autónomas, en una consejería los aspectos sociales y sanitarios, realmente puede ser una realidad. ¿Qué supone, a nuestro juicio, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal? Es una oportunidad para el nuevo contexto de la atención socio sanitaria. Nosotros consideramos que es una oportunidad para reducir ese desequilibrio existente hasta ahora entre lo social y lo sanitario,

Pero la Ley de Promoción de la Autonomía Personal, a nuestro juicio, genera también la necesidad de completar ese marco de atención a la dependencia desde la atención sanitaria. Nosotros planteamos el establecimiento de la cartera de servicios, que ya está decidido en esta ley. La propuesta desde el sector de la discapacidad, la propuesta del CERMI es esa regulación de la prestación socio sanitaria, ahora desde el ámbito del sistema sanitario, aunque nos parezca que el sistema sanitario es el más desarrollado o el más interesante.

Y luego, quería aprovechar la referencia en la ley a la participación en el Programa Individual de Atención (PIA) de los profesionales de salud. Aunque la ley encomienda el establecimiento del programa individual de atención a los servicios sociales, correspondientes al sistema público, sería oportuno que tanto en la fijación como en la puesta en marcha, aplicación y seguimiento del PIA participasen también profesionales del sector de la salud. La integración de la perspectiva social y sanitaria, tanto en la evaluación de las necesidades como en la fijación de los planes individuales de atención, mejoraría la eficiencia de las actuaciones. Manejar información relacionada no solamente con la salud, sino también con la situación emocional, con las habilidades cognitivas de las personas, con sus niveles de funcionamiento, con los servicios de soporte, las características del entorno físico, social y familiar, y desde luego la situación económica, realmente puede ser una oportunidad para avanzar en lo que todos pretendemos, que es esa coordinación socio sanitaria.

### **Catálogo de servicios**

No voy a incidir en el catálogo de servicios de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal. Solamente quiero resaltar que si nuestra propuesta de regulación va o quiere implicar al sistema sanitario en este sentido, es porque la Ley de Promoción de la Autonomía Personal dice que comprende una serie de servicios sociales, pero que estos servicios sociales se regularán sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Esto es un poco el fundamento en el que nos basamos para la propuesta que les iré presentando.

Estoy totalmente de acuerdo con algunas de las otras exposiciones que se han realizado, en que no se trata tanto de crear un tercer sistema o un tercer sector, como de construir un espacio sociosanitario donde confluyan los dos ámbitos ¿Qué necesidades de coordinación son necesarias para la construcción de este espacio sociosanitario? Hay diversa y amplia literatura al respecto, pero a mí una de las que me parecen más completas es la que exponía un informe del Ararteko dirigida al Parlamento vasco en abril de 2007. Propugna o recomienda necesidades de coordinación funcional en un nivel estratégico, coordinación organizativa, es decir, todo lo que tiene que ver con colaboración institucional en diseño de estrategia de prestación de servicios, diseños de contratación, diseños de concertación. Sin duda, la colaboración interprofesional, y desde luego la coordinación clínica, puesto que ello va a garantizar la continuidad y la coherencia de la atención prestada.

¿Cuáles serían, a nuestro juicio, los resultados si se produjera esta coordinación? Los resultados serían una promoción, un establecimiento de una verdadera visión comunitaria de la asistencia. Aparte de que el modelo comunitario de asistencia es el modelo idóneo, exigido, demandado y esperado por las personas afectadas y por sus familias. Un resultado importante de esta coordinación es que nos estaríamos centrando en las necesidades del usuario. No estaríamos interviniendo sobre el usuario, sino que estaríamos pensando o habría que tener una concepción de partir desde las necesidades y desde las expectativas de los propios usuarios.

Un resultado de esta coordinación sería la promoción de la figura del gestor de casos, así como con el impulso que tendría que tener la figura del trabajador social en atención primaria, tanto desde el ámbito social como sanitario. Es decir, eso es obvio, pero conviene quizá recordarlo. La figura del gestor de casos como un modelo de atención que parte de conocer la realidad del individuo, la realidad del ambiente, del entorno en el que se actúa, y ser, por lo tanto, el responsable de

la provisión de los servicios correspondientes. Otro resultado importante y que no debo dejar de mencionar, es el del favorecer y asegurar la participación de las asociaciones, la participación del tercer sector. Y la complementariedad de las acciones del sistema de salud con los servicios sociales, fundamentalmente en el ámbito de los ayuntamientos, puesto que todos entendemos que este ámbito, por el nivel de cercanía, es el más efectivo para la cobertura de las necesidades.

La construcción de este espacio sociosanitario debería configurarse en torno a un modelo de atención global. Es decir, que afecte a todos y cada uno de los ámbitos de actuación en los que están implicados los recursos. Sería integral, puesto que debería abordar todos los aspectos físicos, psíquicos, intelectuales, sociales y económicos que inciden, entre otras causas, en la pérdida de autonomía de la persona, incluyendo la atención al cuidador o al asistente de la persona. Desde luego, de carácter multidisciplinar, equitativo en el desarrollo territorial de los recursos, accesible a todos los ciudadanos de acuerdo a su nivel de necesidades, flexible y capaz de responder a las demandas de los usuarios cuya puerta de entrada serían los servicios de atención primaria, tanto sociales como sanitarios. En este sentido, quiero resaltar que CERMI cree necesario que se realicen itinerarios individuales de atención sociosanitaria en función de las necesidades concretas de la persona, gestionados activamente por gestores únicos, lo que les decía anteriormente en relación al gestor de casos, siguiendo el sistema de gestión de casos que se encarguen de las gestiones particulares de las propias personas, se trataría de crear itinerarios concretos, según los casos particulares de cada persona con discapacidad que estuviera en el espacio sanitario y en el espacio social, siendo responsabilidad del gestor el proponer y proveer esas soluciones.

En la propuesta de Real Decreto para la regulación de la prestación sociosanitaria en el ámbito de la salud, se identifican cuáles son las personas susceptibles de esta atención sociosanitaria. Tenemos una propuesta en cuanto a cuáles deberían ser las características de esta prestación sociosanitaria en el ámbito sanitario, una priorización del enfoque preventivo, una garantía de los derechos de los usuarios, orientada a las necesidades individuales, con una primacía del mantenimiento del usuario en su entorno. Es decir, ese modelo comunitario con un enfoque integral.

El contenido de la cartera de servicios que proponemos contempla el establecimiento de una serie de programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual, es decir, de la persona, y a nivel grupal, a grupos de población, a grupos de riesgo, así como a la sociedad en general.

Los programas de rehabilitación nos parece que son el eje de los servicios, es decir, que tienen que garantizar la coordinación sociosanitaria, no solamente en pacientes con déficit funcional recuperable, como es actualmente lo que realmente está más desarrollado, sino ampliar los programas de rehabilitación, de mantenimiento y de potenciación de capacidades residuales. Como ya esta mañana se han referido algunos programas, como el de atención domiciliaria, los paso por alto, pero sí quisiera hacer una referencia a los programas de primera noticia, que tan importantes son cuando se produce el diagnóstico, cuando se produce la detección, y a los programas de atención temprana.

Destaco la importancia de generar unos protocolos consensuados entre la atención primaria y la atención especializada para garantizar la continuidad de cuidados, que en definitiva sería el objetivo fundamental de la coordinación y de la prestación sociosanitaria.

A modo de conclusión, tomando como referencia la definición de atención sociosanitaria que ya esta mañana también se ha referido y siendo conscientes de que algunas de las prestaciones que son necesarias para el desarrollo del espacio sociosanitario ya han sido reguladas o están reguladas en la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud o en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal, no es tanto asegurar una serie de prestaciones, una serie de servicios, es decir, no sería crear más o definir más servicios, sino garantizar la prestación en su conjunto. Ahí es donde consideramos que está quizá la madre del cordero, dicho de una forma vulgar, para garantizar la construcción de ese espacio.

*“La articulación sociosanitaria en nuestro país ha  
constituido un deseo más que una realidad”*

Rosa Ruiz



COMITE ESPAÑOL  
DE REPRESENTANTES  
DE PERSONAS  
CON DISCAPACIDAD



**JORNADA DEL OBSERVATORIO ESTATAL DE LA  
DISCAPACIDAD, JUNTA DE EXTREMADURA Y  
REVISTA EL SIGLO**

Cáceres, 25 de noviembre de 2009

**RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD**

Rosa Ruiz  
Presidenta Comisión Salud CERMI  
Gerente FEAFES

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD


**FEAFES – CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE  
AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON  
ENFERMEDAD MENTAL**

- ▶ La confederación FEAFES es la única organización, de ámbito estatal, que agrupa desde 1983 a las federaciones y asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de España. Integra actualmente a 219 entidades, agrupadas a través de 19 federaciones y asociaciones uniprovinciales, que representan a más de 41.000 personas con enfermedad mental, familias y allegados.
- ▶ Es miembro de entidades internacionales de prestigio en el ámbito de la salud mental (EUFAMI, WFSAD, WFMH, MHE) y nacionales (CERMI, FUNDACION ONCE, ASEPM )
- ▶ Integra el CEIFEM (Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental) - 1998.
- ▶ Fundamenta la calidad de vida en un modelo comunitario de atención a las personas con enfermedad mental con los siguientes principios. (Estrategia en Salud Mental del SNS)
  - Autonomía
  - Comprensividad
  - Responsabilización
  - Continuidad
  - Equidad
  - Calidad
  - Accesibilidad
  - Recuperación Personal

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD

**CERMI**  
**FEAFES**

## MISIÓN Y VALORES DE FEAFES



### MISIÓN

- ▶ La defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias.
- ▶ La mejora de la calidad de vida.
- ▶ La representación del movimiento asociativo.

▶ **Fundamenta la calidad de vida en un modelo comunitario de atención a las personas con enfermedad mental bajo los siguientes principios.** (Estrategia en Salud Mental del SNS)

-Autonomía	- Continuidad
-Accesibilidad	- Comprensividad
- Equidad-	Recuperación Personal
- Responsabilización	- Calidad

### VALORES

- ▶ Liderazgo, Universalidad.
- ▶ Participación.
- ▶ Democracia.
- ▶ Transparencia.
- ▶ Justicia.
- ▶ Eficacia.
- ▶ Solidaridad.
- ▶ Autodeterminación.
- ▶ Equidad.

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD

**CERMI**  
**FEAFES**

## ¿QUÉ ES EL CERMI?

El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad -CERMI- es la plataforma de encuentro y acción política de las personas con discapacidad y sus familias. Constituido por las principales organizaciones estatales de este sector, varias entidades adheridas de acción sectorial y un nutrido grupo de plataformas autonómicas

### SU MISIÓN

Consiste en articular y vertebrar al movimiento social de la discapacidad, para desde la cohesión y la unidad del sector, y respetando siempre el pluralismo inherente a un segmento social tan diverso, desarrollar una acción política representativa en defensa de los derechos e intereses de las personas con discapacidad, tanto colectiva como individualmente.

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD



## LOS GRANDES EJES DE LA ACCIÓN DEL CERMI

- Los derechos humanos y la no discriminación
- Los nuevos derechos sociales
- La accesibilidad universal
- Las familias de personas con discapacidad
- La democracia participativa: Nada sobre nosotros sin nosotros
- Sector no lucrativo

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD



*“La articulación sociosanitaria ha constituido mas un DESEO que una REALIDAD en nuestro País”*

Casado-Marin (2006)

**RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD**



**ESTADO DE SITUACION / ANTECEDENTES RELEVANTES**

INICIO SIGNIFICATIVO EN LA DECADA DE LOS OCHENTA

- COMISION DE ANALISIS Y EVALUACION DEL SNS (Comisión Abril 1991)
- PLAN GERONTOLOGICO ESTATAL DE 1992
- ACUERDO MARCO PARA LA COORDINACION SOCIO SANITARIA (Dic. 1993)
- ACUERDO DEL CONGRESO: CONSOLIDACION Y MODERNIZACION SNS (1997)
- PLANES SOCIO SANITARIOS DEL C.I. DEL SNS Y CONFERENCIA SECTORIAL S.S= BASES PARA UN MODELO DE A.SOCIO SANITARIA (2001)
- LEY 16/2003. DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Art. 14. Desde el ámbito sanitario se asumirán actuaciones sanitarias de larga duración, de convalecencia y DE REHABILITACION.
- RD.1030/2006. CARTERA DE SERVICIOS. (Sin desarrollar la prestación socio-sanitaria)

• LEY 39/2006 de PROMOCION DE LA AUTONOMIA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

• MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL

**RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD**



LEY 39/2006, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA,

- AVANCE PARA EL NUEVO CONTEXTO DE LA A. SOCIO SANITARIA.
- REDUCCION DEL DESEQUILIBRIO ENTRE EL AMBITO SOCIAL Y EL AMBITO SANITARIO
- NECESIDAD DE COMPLETAR EL MARCO DE ATENCION A LA DEPENDENCIA DESDE LA A. SANITARIA.
- PARTICIPACION EN EL PIA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD



Artículo 15. Catálogo de servicios.

1. El Catálogo de servicios comprende los **servicios sociales** de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, en los términos que se especifican en este capítulo:

- a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- b) Servicio de Teleasistencia.
- c) Servicio de Ayuda a domicilio:
- d) Servicio de Centro de Día y de Noche:
- e) Servicio de Atención Residencial:

2. Los servicios establecidos en el apartado 1 **se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003**, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD



## CONSTRUCCION DEL ESPACIO SOCIO SANITARIO:

### NECESIDADES DE COORDINACION:

- COORDINACION FUNCIONAL =NIVEL ESTRATEGICO:
  - ✓diseño de políticas,
  - ✓elaboración de normativa
  - ✓diseño de sistemas de financiación.
- Coordinación organizativa= COLABORACION INTERINSTITUCIONAL:
  - ✓diseño estrategias de prestación de servicios
  - ✓diseño de contratación
  - ✓diseño de concertación.
- Coordinación profesional = COLABORACION INTERPROFESIONAL
  - ✓ diseño de estrategias de prestación de la atención
- Coordinación clínica,
  - ✓ continuidad y coherencia de la atención prestada

Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. Abril 2007

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD



**RESULTADOS DE LA COORDINACION**

- Promoción de una visión comunitaria de la asistencia
- Centrado en las necesidades del usuario
- Coordinación y comunicación entre las diferentes administraciones
- Favorecer políticas de comunicación y divulgación
- Promover la figura de gestor de casos
- Favorecer la participación de las asociaciones de enfermos y familiares
- Impulsar la complementariedad de las acciones del Sistema de Salud, de S.Sociales (Ayuntamientos) y Tercer Sector.
- Impulsar la figura del trabajador social en AP (social y sanitario)

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD



**MODELO DE ATENCION:**

- GLOBAL
- INTEGRAL
- MULTIDISCIPLINAR
- EQUITATIVO
- ACCESIBLE
- FLEXIBLE Y CON CAPACIDAD DE RESPUESTA
- PUERTA DE ENTRADA: servicios de AP sociales y sanitarios.
- ITINERARIOS individualizados de atención socio sanitaria

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD



## PERSONAS SUCEPTIBLES DE A. SOCIOSANITARIA

- PACIENTES INMOVILIZADOS
- ENFERMOS TERMINALES
- ENFERMOS CONVALECIENTES (quirúrgicos o agudos)
- PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES, CONDUCTUALES Y ADICTIVOS
- PERSONAS CON DÉFICIT FUNCIONAL, SENSORIAL O INTELECTUAL
- PERSONAS CON DEMENCIAS
- PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA PROGRESIVA
- ANCIANOS DE RIESGO

La regulación de la prestación sociosanitaria. Colección Cermi.es. Nº 33

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD



## CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN SOCIOSANITARIA EN EL ÁMBITO SANITARIO

- PRIORIZACIÓN DEL ENFOQUE PREVENTIVO
- GARANTÍA DE DERECHOS DE LOS USUARIOS
- ORIENTACIÓN A LAS NECESIDADES INDIVIDUALES
- PRIMACÍA DEL MANTENIMIENTO DEL USUARIO EN SU ENTORNO
- ENFOQUE INTEGRAL

La regulación de la prestación sociosanitaria. Colección Cermi.es. Nº 33

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD



### CONTENIDO DE LA CARTERA DE SERVICIOS

- PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN ENFERMEDAD
  - Individual
  - Grupal
- PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN
  - De pacientes con déficit funcional recuperable
  - De mantenimiento y de potenciación de capacidades residuales
- PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA CONVALECENCIA (tiempo limitado)
- PROGRAMAS DE CUIDADOS SANITARIOS (de larga duración)
- PROGRAMA DE PRIMERA NOTICIA Y DE ATENCIÓN TEMPRANA

La regulación de la prestación sociosanitaria. Colección Cermi.es. Nº 33

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD



### CARTERA DE SERVICIOS:

**Atención Primaria:** Primer nivel del sistema sociosanitario (puerta de entrada)  
Programas de:

- promoción, de consejo genético, de A.T y prevención.
- programas de atención domiciliaria y de cuidados paliativos.
- Programas de atención a la Salud Mental en coordinación con Atención Especializada
- Servicios de Rehabilitación.
- Unidades de Gestión de Casos

**Atención Especializada:** estructurada para favorecer la **continuidad de cuidados**

- Asistencia especializada en consultas, hospital de Día, y régimen de hospitalización (unidades de agudos, de media y larga estancia y de convalecencia)
- Cuidados paliativos.
- Atención a la S.Mental en coordinación con AP
- Servicios de Rehabilitación.
- Protocolos de primera noticia.

**IMPORTANCIA DE PROTOCOLOS CONSENSUADOS ENTRE AP Y AE PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS**

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD



### A MODO DE CONCLUSIÓN:

**PRESTACIÓN DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA:** Conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. (Ley 16/2003)

✎ **GARANTIZAR LA PRESTACIÓN EN SU CONJUNTO**

✎ **GARANTIZAR LA CONSTRUCCIÓN DEL ESPACIO SOCIO SANITARIO**

✎ **GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS**

RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD



# ¡Muchas gracias!

[www.feafes.com](http://www.feafes.com)

[www.cermi.es](http://www.cermi.es)



Mª Ángeles Tortosa Chuliá.

**M<sup>a</sup> Ángeles Tortosa Chuliá,**  
profesora titular del Departamento de Economía Aplicada de la  
Universidad de Valencia

Me alegra estar en estas jornadas y espero que mi exposición les ayude a entender un poco más de manera global lo que se ha venido diciendo. Me corresponde en este momento complicarles a ustedes un poco más la vida. ¿Por qué? Porque en este contexto en el que nos vamos a mover hay que incorporar otro proceso que se está llevando paralelamente, que es el de la colaboración entre los sectores público y privado. Me dispongo a hablarles de cuáles son estas convivencias que existen entre estos dos procesos que serían la colaboración público-privada y la coordinación social y sanitaria.

A lo largo de esta conferencia los puntos que se van a tratar son:

1. Situación de partida y agentes
2. Conceptos de colaboración, coordinación e integración
3. Grados y niveles de colaboración y coordinación
4. Argumentos a favor de la colaboración, coordinación e integración.
5. ¿En qué colaborar? Y ¿Cómo? ¿Dónde coordinar?
6. Barreras a la colaboración entre agentes y a la coordinación entre ámbitos.
7. Propuestas y acciones de coordinación social y sanitaria
8. Conclusiones y vías de mejora

**1.- Situación de partida y agentes**

El panorama de los cuidados a personas con dependencia en España nos muestra que existen:

- Unos servicios especializados en dos ámbitos separados que cubren necesidades diferentes: las sanitarias y las sociales, y con predominio histórico de la atención sanitaria sobre la social. El enfermo debe decidir a qué ámbito acudir y cuál de sus necesidades resolver. No existe una visión integral del cuidado y gran parte de los dependientes sólo satisfacen parcialmente sus necesidades. Y que estos modelos de servicios pueden cambiar su organización y estructura según CC AA.

- Cuatro grandes agentes diferenciados: sector público, empresas, familia, tercer sector. Y con mayor presencia del cuidado por parte de la familia.

- Actualmente en los diversos foros económicos, políticos y sociales se enfatiza en la colaboración entre distintos agentes y en la coordinación entre los servicios sanitario y social.

## 2.- Colaboración, coordinación e integración

Existen varias maneras de entender la colaboración. Según el diccionario de la Real Academia Española colaborar es: contribuir o ayudar *con otros a la consecución de un fin*.

La versión más manejada de colaboración en el contexto en que nos movemos es la de colaboración público-privada (CP), o en inglés *public-private partnership* (PPP) que se refiere “a las diferentes formas de cooperación entre las autoridades públicas y el mundo empresarial, cuyo objetivo es *garantizar la financiación, construcción, renovación, gestión o el mantenimiento de una infraestructura o la prestación de un servicio*.”<sup>1</sup>.

Sin embargo, se trata de una versión que sólo implica relación entre dos agentes: el Estado y las empresas. Esta definición se queda un poco corta ya que existen más agentes que también pueden colaborar. Otras colaboraciones posibles son entre: el sector público y las familias; el sector público y las ONGs; las familias y las ONGs; las empresas y las familias; el sector público, las familias y las ONGs, etc.

Esto nos lleva a ampliar el concepto de COLABORACIÓN y definirlo como *cualquier vía por la que un agente cede parte o toda su actividad a otro para que juntos logren mejorar el bienestar y además compartan los beneficios y costes*.

Tal como comenta Olmeda<sup>2</sup>, profesor del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Valencia, esta colaboración se podría asimilar con alguna forma de privatizar o nacionalizar o socializar actividades entre agentes. Según

---

1. El Libro Verde sobre la colaboración público-privada y el derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones. COM. 2004.

2. OLMEDA M. Sector público y presupuesto del Estado: la diferenciación entre actuaciones públicas. Palau 14. Revista Valenciana de Hacienda Pública. Setpbre-dicbre 1990. Nº 12: 12-41.

Ramallo, J<sup>3</sup>. se va a producir una “*huida del Estado*” en el sentido de producirse desde privatizaciones puras, externalización de servicios o desregulación de algunos ámbitos.

La realización de este tipo de movimientos y cesiones entre agentes genera otro tipo de agentes llamados híbridos, mixtos o también cuasimercados (porque son agentes que asimilan alguna característica propia de los mercados) <sup>4</sup>. En la práctica diaria abundan los agentes híbridos o mixtos.

Esta colaboración público-privada no hay que confundirla con otras vías de relación como son la coordinación y la integración.

La coordinación significa la sistematización u organización de medios y actividades para obtener un resultado común. Y la integración supone que la colaboración y coordinación han llegado a un grado máximo y de tal intensidad que los agentes se unen para crear uno.

Estos tres conceptos pueden ser aplicados a procesos diferentes. De hecho, en el contexto en el que nos movemos se usa más el término colaboración para expresar las relaciones entre agentes, y los términos de coordinación-integración para expresar relaciones entre ámbitos de trabajo. No obstante, todos ellos podrían aplicarse indistintamente en uno y otro contexto y es por ese motivo por lo que, a veces, su uso genera confusión.

Los agentes que colaboran y se coordinan creemos que siempre parten de objetivos diferentes. Generalizando, el sector público buscará el bienestar general mientras que la empresa privada estará más interesada en la rentabilidad monetaria. A pesar de contar con objetivos distintos, en bastantes situaciones esos objetivos pueden confluir o intercambiarse. Cuando estos agentes colaboren deberán esforzarse por encontrar esos puntos comunes como mejorar la eficiencia de los servicios sin menoscabo de la equidad.

### **3.- Grados y niveles de colaboración y coordinación**

Habitualmente el sector público y el sector privado son considerados como oponentes y enemigos. Hay que comentar que al hablar de colaboración pública-privada hay muchas reticencias por las ideologías y los estereotipos políticos y económicos asociados a ambos tipos de agentes: s. público se asocia con equidad y s. privado con eficiencia. Sin embargo, en realidad se necesitan y comple-

---

3. RAMALLO, J. El control externo en las nuevas colaboraciones público-privadas.

4. ALBI, E; GONZÁLEZ-PÁRAMO, J.M. y LÓPEZ, G. Gestión Pública. Fundamentos, técnicas y casos. Ed. Ariel. Barcelona. 2000. Págs: 135-159. LE GRAND, J. Y BARTLETT, W. 1993, Quasi-markets and social policy, The Macmillan Press, London. CALERO, J. 1998, Una evaluación de los cuasimercados como instrumento para la reforma del sector público, Fundación BBV, Bilbao. CULLIS, J.G. Y JONES, P.R. 1997, “Los cuasimercados desde la perspectiva de la elección pública”, Hacienda Pública Española, 140 (1), 39-52.

mentan: son aliados y ambos tienen motivaciones y objetivos en común. Y es por ese motivo que pueden colaborar

La colaboración y coordinación se pueden efectuar a diversos niveles porque cada uno de los agentes puede desagregarse en otros. Es decir, se pueden descomponer en un nivel macro, intermedio o meso y un nivel micro. Así pues, partimos de cada una de las grandes instituciones y luego éstas se van desglosando en diversos servicios o departamentos en los que trabajan personas de manera aislada o en grupo, tanto en el ámbito sanitario como en el social.

Por ejemplo, en España el sector público está compuesto por la administración central, las administraciones autonómicas y las locales. Y cada una de ellas consta de sus ministerios, consejerías o concejalías, y éstos de departamentos o centros, y éstos de grupos de trabajo, y así sucesivamente hasta llegar al trabajador individual. Este mismo desglose se puede aplicar a empresas, ONGs y familias.

Reuniendo todos estos participantes desde el nivel más agregado al más desagregado, surgen múltiples combinaciones de colaboración entre los distintos agentes público-privados<sup>5</sup>.

Además, la colaboración-coordinación-integración se puede dar entre los agentes (uno o varios), o bien entre servicios (uno o varios), y entre agentes y servicios. Esto último es una prioridad política en nuestro país.

En la práctica real se comprueba que la coordinación-integración entre servicios fomenta y, a veces, está presente junto con la colaboración público-privada.

Y lo que sería deseable en el caso de España, dado que tenemos 17 CC AA y dos ciudades autónomas y, por tanto, 19 posibles modelos distintos, es que se efectuase mejor y mayor colaboración y coordinación a nivel político, entre CCAA y Gobierno.

#### **4.- Argumentos a favor de la colaboración, coordinación e integración**

Los principales argumentos que se esgrimen en la actualidad para fomentar la colaboración y que también son extensibles a la coordinación y a la integración son:

1.- En primer lugar la búsqueda de la rentabilidad financiera por parte del sector público y privado. Un objetivo que se acentúa con la crisis económica. De hecho, se piensa que con la colaboración y coordinación los gastos sanitarios y sociales disminuirán. Pero, a veces, colaborar puede no generar ahorro<sup>6</sup>.

---

5. Un ejemplo de interés es la colaboración efectuada entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Dependencia de Extremadura que se han unido y creado la Consejería de Sanidad y dependencia.

6. PAULUS, A; VAN RAAK, A.J.A. and MAARSE H.J.A.M. Is integrated nursing home care cheaper than traditional care? A cost comparison. *International Journal of Nursing Studies*. 2008, vol 45(12): 1764-1777.

Las empresas y ONGs necesitan ayuda financiera para crear , mantener y expandir sus negocios.

Las familias necesitan ayuda financiera para pagar sus cuidados

El sector público necesita capital privado para efectuar inversiones en infraestructuras y pagar el resto de los gastos en servicios sociales y sanitarios. La sociedad pide al estado que ofrezca sus servicios con rapidez, calidad y mayor eficiencia. Por ejemplo, en ese sentido el Estado no cuenta con suficientes ingresos y recursos materiales y humanos como para comprar suelo y construir edificios residencias y/o hospitales<sup>7</sup>.

2.- Presión por cumplimiento contenido de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Con la ley del SAAD el Estado ha adquirido varios compromisos y para cumplirlos necesita la ayuda de terceros. Los compromisos más destacados y que abocan a la colaboración son: proporcionar una ayuda integral, a través de planes individuales de atención (PIA) y por medio de una red variada de agentes. (Ver artículos 3: Principios de la ley; Artículo 6: Finalidad del sistema; Artículo 14: Prestaciones de atención a la dependencia). Y, además, existen otras presiones como la que ejerce el cumplimiento del futuro Plan de Estado para la sanidad y los futuros planes nacionales del Parkinson y del Alzheimer<sup>8</sup>.

3.- Se busca reducir ineficiencias por parte de los agentes. En el ámbito del sector público asistimos desde hace unos años (década de los 90) y en los principales países desarrollados a un proceso de modernización del sector público. Es lo que se denomina la nueva gestión pública. Esta nueva gestión incorpora cambios en el ámbito de las distintas actuaciones del sector público. Estos cambios persiguen principalmente la estabilidad presupuestaria, el control del gasto público y la reducción de ineficiencias a través de nuevas fórmulas administrativas<sup>9</sup>. José Martín, profesor del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada, añade que con estos nuevos métodos de trabajo se reducirán “ *las formas burocráticas de gestión pública*”<sup>10</sup>.

Las ineficiencias en el funcionamiento de los servicios públicos son evidentes y se muestran a través de largas listas de espera, excesiva burocracia o excesivos pasos intermedios, merma en la calidad del servicio, insatisfacción necesidades básicas dependientes, imposibilidad acceso servicios, duplicidades de actividades, falta información, retraso en el pago acreedores, etc.

---

7. Redacción, La colaboración entre el sector público y privado debe ser prioritaria para la Ley de la dependencia, Geriatria-K. 2008.

8. MARMOL L. Parkinson y Alzheimer exigen planes nacionales de salud. Diario Médico, 14-04-09

9. LOSADA C. (Ed.) De burócratas a gerentes. Las ciencias de gestión aplicadas a la administración del Estado. Banco interamericano de Desarrollo.

10. MARTÍN, J. “Nuevas fórmulas de gestión en el Sistema Nacional de Salud de España”, en “El papel de la financiación público-privada d los servicios sanitarios: modelos de gestión”. Seminarios y jornadas 43/2007 de la Fundación Alternativas. Toledo. 2007.

Para rebajar la presencia de estas ineficiencias se defiende por un lado que el Estado copie las estrategias y funcionamiento de la empresa privada<sup>11</sup>, y por otro, que se revisen los procedimientos clásicos de gestión pública y se implanten los denominados instrumentos de nueva gestión pública.

4.- La sociedad pide más presencia del Estado. Las preferencias ciudadanas sobre qué agentes deben cuidar a los dependientes están cambiando. De hecho, se muestra a través de las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) que la sociedad pide cada vez más que el Estado asuma más responsabilidad ayudando en el cuidado de los dependientes, y de paso a la familia.

### **Presencia de agentes cuidando**

En España, con los datos que proporciona el Imsero, es posible visualizar la evolución de la presencia de los agentes que están cuidando a los mayores y/o dependientes.

La siguiente gráfica (ver diapositiva número 10, pág. 145), y con los datos correspondientes a Extremadura, nos muestra la cobertura de servicios sociales públicos y privados a los mayores de 65 años en 2008.

Teniendo en cuenta sólo el % de servicios públicos y privados a mayores 65 años según tipos servicios/total población mayor se percibe que lo que queda fuera de ese % se supone que es el % de personas que se cuidan a sí mismas o a través de la familia (*la población >65 años en Extremadura en 2008: 207.081 personas; si 19% mayores 65 viven solos, el resto son cuidados por su familia y/o por cuidador no oficial*). Estas actividades efectuadas por la familia o cuidadores no profesionales o no oficiales derivan en lo que Toffler, A. ha denominado como prosumo (actividades sin remuneración y que forman parte de la economía no monetaria).

El SAAD mediante las prestaciones económicas a los cuidadores familiares está posibilitando la monetarización de este prosumo. En el caso de Extremadura los datos del Ministerio sobre el SAAD nos dicen que en noviembre del 2008 se concedieron 866 prestaciones económicas y en noviembre del 2009 ya alcanzaron la cifra de 4186.

En esta figura no se tiene en cuenta los solapamientos de ayudas recibidas ni tampoco el cuidado que se realiza de manera ilegal a través de la economía sumergida.

Lo que sobresa de esta gráfica es que la familia carga fundamentalmente con el cuidado de los mayores en el 2008. Si revisáramos más datos del Imsero<sup>12</sup> comprobaríamos que esta ha venido siendo la pauta durante muchos años y sigue siendo. Sin embargo, como ya hemos comentado antes, las preferencias

---

11. RAMALLO, J. El control externo en las nuevas formas de colaboración público-privada. Ponencia

12. IMSERSO, Informe 2000; Informe 2002; Informe 2004; Informe 2006; Las personas mayores en España 2008.

sociales cambian y los ciudadanos piden que la familia siga cuidando aunque con la ayuda o complemento del resto de agentes<sup>13</sup>.

### 5.- ¿En qué colaboran? ¿Cómo? ¿Dónde coordinar?

Se puede averiguar en qué colaborar si atendemos a los distintos grandes grupos de actividades a los que se pueden dedicar los diferentes agentes, y que serían:

- la provisión de los servicios
- la producción de los servicios
- la financiación de los servicios
- la regulación de los servicios
- la gestión u organización de los servicios

Para cada tipo de actividad o actuación existe un grupo variado de técnicas. Y en la práctica un mismo agente puede estar efectuando-recibiendo uno o varios de estos instrumentos. Se pueden encontrar variadas combinaciones.

A continuación se resumen algunas de las técnicas según actuaciones:

- 1- Colaboración-coordinación a nivel de provisión y de producción
  - La externalización de los servicios a través de: conciertos, contratos concesiones estándares, o de concesiones administrativas (franquicias privadas con capital público), o de concesiones de infraestructuras; o los nuevos contratos de colaboración público-privada (según Ley 30/2007 de contratos del Sector Público)<sup>14</sup>.
  - Fusiones, alianzas, uniones entre diversos agentes (ejemplo: participación del sector público en sociedades mixtas con el sector privado), (ejemplo empresas sociales: participación de las ONGs con las empresas<sup>15</sup>).
  - Extender la provisión de servicios sanitarios públicos (ejemplo: de atención

---

13. Datos CIS. Estudio 2765, Novbre 2008.

14. Ejemplo en Extremadura: Plan Integral de Salud Mental de Extremadura. El DOE publica el concurso para el concierto de 40 plazas de atención a personas dependientes por enfermedad mental. Europa Press, El Periódico Extremadura 21/08/2009.

*Estas plazas están destinadas a personas que padezcan una enfermedad mental grave y que requieran de una atención integral y cuidados personales dentro de un entorno residencial*

*Las 40 plazas saldrán a concierto en dos lotes de 20 plazas cada uno, uno situado en la zona de Mérida y otro en la zona de Plasencia...*

15. Ejemplo en Extremadura: Constitución del Cluster Sociosanitario de Extremadura como "motor estratégico e importantísimo para la economía y el futuro de la comunidad autónoma". 28/11/2008 FEMPEX. *Esta nueva agrupación empresarial ha nacido tras la firma de su documento constitutivo, con la intención de incorporar a la lista de 17 entidades fundadoras otras nuevas que le otorguen un carácter "más rico y provechoso"*

*Según Aguilar, a través del cluster, que contará con la "ayuda, colaboración e impulso" de la Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura (Fundesalud) y el de otras instituciones intermedias, se desarrollarán aquellos proyectos que en el campo sociosanitario propongan el Parque Científico y Tecnológico regional o la Universidad de Extremadura (UEX)...*

primaria o de hospitalización domicilio) a todas las residencias y centros día públicos o privados.

- Desarrollo de atención sociosanitaria pública y/o privada a domicilio con equipos multidisciplinares de diferentes tipos centros y titularidad centros.

- Fomento del anterior trabajo en equipo a través de la interacción que permite Internet: web. 2, telemedicina y/o teleasistencia.

- Creación de figuras intermediarias entre servicios (comités coordinación entre agentes o profesional intermediario o gestor económico entre agentes).

- Potenciar movilidad o mejora de coordinación de los profesionales sociales y sanitarios entre diversos servicios públicos o privados, mediante incentivos o complementos a sueldos, o promoción interna.

- Cualquier iniciativa que impulse la promoción de salud o prevención de la dependencia potencia la colaboración del usuario y su familia con profesionales salud y dependencia (se fomenta el prosumo). Aquí se podrían incluir casi todas las iniciativas de educación para la salud o de la dependencia.

## 2- Colaboración-coordinación a nivel de financiación

- Fijación de los precios de los servicios en contratos públicos-privados como en las concesiones (peaje en sombra; pago por disponibilidad),

- Establecimiento de la cofinanciación de los servicios (copago). En el caso de Extremadura, y según nos indican los datos de los informes del Imsero, en los centros de día desde 1999 a 2008 el copago supone el 25% de la pensión del usuario. En las residencias y alojamientos alternativos de 1999 a 2008 el copago alcanza al 65-75% de la pensión usuario. Aunque, según datos de Julia Montserrat<sup>16</sup>, profesora de la Universidad Ramón Llull de Barcelona, el impacto medio del copago sobre las rentas de las personas > 65 años varía entre el 42%-48% según grado de dependencia.

- Subvenciones de diversos tipos<sup>17</sup>;

- Complementos al sueldo para incentivar la cooperación entre agentes, por incremento de la producción, o por no faltar al trabajo, o por gestionar unidades coordinadas<sup>18</sup>.

- Deducciones, exenciones, o bonificaciones en impuestos para fomentar el uso o consumo de productos o servicios dirigidos a las personas con dependencia y que favorecen indirectamente a las empresas que los fabrican.

- Integración de presupuestos de servicios de varios agentes.

---

16. MONTSERRAT, J. El impacto de la ley de dependencia en las rentas de los usuarios mayores de 65 años: incidencia del copago. Documento de trabajo nº 20/08. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid. 2008.

17. Nuevas ayudas para adaptar las viviendas de los dependientes. REDACCION 09/05/2009 El Periódico Extremadura. ...La Junta de Extremadura subvencionará las obras de particulares para mejorar la accesibilidad y la adaptación del hogar a personas en situación de dependencia...

18. GREB, S; FOCKE, A. HESSEL, F and WASEN, J. Financial incentives for disease management programmes and integrated care in German social health insurance, Health Policy, 2006, vol 78 (2-3): 295-305.

- Ayudas económicas directas a los ciudadanos para que estos elijan el tipo de servicios que desean públicos o privados: los bonos o vales multiservicio.

4- Colaboración-coordinación a nivel regulación

- Fijación normas que amplían vías y contenidos de actividades y agentes que pueden colaborar (Ejemplo: leyes contratos públicos).

- Fijación de instrumentos de control comportamientos como: control de los recursos empleados y de los resultados del trabajo en colaboración, control derechos laborales de trabajadores involucrados, control de la calidad servicios,

- Establecimiento de normas sancionadoras de comportamientos anómalos y peligrosos

- Fijación normativa control del trabajo sumergido.

- Fomento de la humanización asistencia social y sanitaria;

- Fomento cursos formación de pacientes (pacientes expertos), de cuidadores (formación de cuidadores), de profesionales (trabajo en equipo y multidisciplinar).

5- Colaboración-coordinación a nivel de gestión

- Cambios en la organización y toma decisiones de los agentes que colaboran

- Extensión uso información sanitaria común entre los profesionales que trabajan colaborando

- Gestión burocrática ágil, transparente y sencilla (con menores costes cumplimiento) vía internet: web. 2. Es decir, con traslado de trabajo a usuarios (Prosumo)

- Evitar el retraso en el pago a acreedores y proveedores.

- Fragmentar los tipos de usuarios según sus necesidades y pasarlos a otro tipo de instituciones que no sean las habituales (hospitales-residencias). Y también compartir servicios (ejemplo: radiodiagnóstico, farmacia). O de construir hospitales, es decir, sacar unidades fuera del hospital público (unidades de cirugía ambulatoria)<sup>19</sup>

De todas estas actuaciones en las que parece fundamental que exista sistematización y cambios en la planificación y métodos es en las actuaciones de gestión u organización y de regulación.

**6.- Barreras en la colaboración entre agentes y a la coordinación entre ámbitos**

¿Se desea colaborar? ¿Cuánta colaboración? Todavía hay reticencias a colaborar pues hay desconfianza entre agentes y puntos no reconciliables como los objetivos, motivaciones, instrumentos a emplear y conseguir. Se evidencia aleja-

---

19. Editorial. La brecha entre crecimiento del PIB y gasto debe atajarse. Diario Médico. 16-04-09.

miento incluso entre los componentes de cada bloque de agentes de la misma área.

- Una de las principales barreras son los miedos, es decir, lo que se teme puede suceder tras la colaboración: ¿Pérdida de equidad? ¿Pérdida de derechos laborales? ¿Pérdida de calidad servicios? ¿Pérdida de control o poder por parte de agentes? ¿Insuficiencia de rentas? ¿Falta de “feeling social” o correspondencia entre actividad concesionaria y actividad a desempeñar?<sup>20</sup>

- Colaborar en provisión-producción incrementa la oferta de servicios pero no se planifica<sup>21</sup>.

- Altos costes de transacción. Desacuerdos en contratos<sup>22</sup>. Problemas de falta de transparencia de condiciones en contratos.

- El incremento de concesiones agudiza la concentración de empresas<sup>23</sup>.

- Mayor control de resultados generales en fórmulas de gestión indirecta.

- La continuada colaboración en financiación incrementa la dependencia financiera del sector privado sobre el sector público. Y puede afectar a la deuda pública y/o carga fiscal sobre generaciones actuales y futuras.

- Insuficiencia financiera y retrasos en pagos entre agentes<sup>24</sup>. Fraude.

- Cuestiones políticas generan en España 19 modelos colaboración (17 CCAA + 2 ciudades autónomas: 19 modelos), uno por CCAA. Hay que limar impedimentos a nivel político que afectan al funcionamiento de los servicios sanitarios y sociales públicos.

- No excederse con prosumo (actividades sin remuneración) por traslado gestión a usuarios: “los pacientes expertos”.

---

20. MONTALBA C. Escenarios del presente y futuro en la cobertura, provisión y gestión de la atención a situaciones de dependencia en el país valenciano. CCOO. Ed. Germania. Valencia. 2007. Federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública. Análisis de la iniciativa de financiación privada (PFI). FASP. Madrid. 2007. Editorial. La gestión del cambio va de la mano con la rebaja de camas. Diario Médico. 16-04-09. REPULLO J. R. Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). Público y privado en sanidad. Revista de Calidad Asistencial. 2008; 23(2): 83-87. REPULLO J. R. Externalización, eficiencia y calidad (segunda parte). Análisis de costes y efectos potenciales de las políticas de externalización. Revista de Calidad Asistencial. 2008; 23(3): 131.135.

21. Crecen las residencias gracias a los conciertos, El País, 07-07-06.

22. Los costes de transacción son los costes adicionales generados a través de una nueva forma de provisión de los servicios, serían los asociados a la firma del contrato, el control de los resultados y el comportamiento de los participantes en el contrato. REPULLO J. R. Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). Público y privado en sanidad. Revista de Calidad Asistencial. 2008; 23(2): 83-87. REPULLO J. R. Externalización, eficiencia y calidad (segunda parte). Análisis de costes y efectos potenciales de las políticas de externalización. Revista de Calidad Asistencial. 2008; 23(3): 131.135.

23. Ejemplo para Extremadura: Sacyr dará servicios a personas dependientes. 09/04/2009, elperiodicoextremadura.com

...LA INMOBILIARIA hará de los servicios de dependencia una nueva unidad de negocio, con varios contratos con ayuntamientos, una facturación anual de 12 millones de euros y una cartera potencial de 138 millones de euros. En total, atenderá a 5.000 personas. La firma ya tiene adjudicaciones en Zamora, León, Jaén y Majadahonda...

24. MARTINEZ, R. “Bruselas planea castigar la morosidad administrativa con un recargo del 5%”. El País, 09/04/2009. Editorial. “La EU denuncia a España por modificar los contratos públicos tras adjudicarlos”. El País, 20/11/2009.

### **Barreras en la coordinación**

Parece que en este caso se desea coordinar. Al menos esa es la intención política, pero, podríamos decir que en realidad “*todos quieren coordinación, aunque nadie quiere coordinarse*”.

Esto es debido a que existen importantes barreras al ejercicio de la coordinación desde los profesionales implicados directamente. Es frecuente encontrar:

- Posiciones pasivas y cómodas de los profesionales. Inmovilismo.
- Falta visión integral de los servicios que van a coordinarse ante excesiva especialización.
- Falta confianza y claridad en los objetivos de los proyectos y entre los profesionales que van a vincularse debido a la coordinación
- Falta costumbre trabajo multidisciplinar
- Hacen falta líderes, e intermediarios que tengan visión amplia para planificación conjunta

Otro tipo de barreras tienen que ver con:

- La complejidad que supone el diseñar un servicio coordinado o integrado dado el ya difícil funcionamiento y complejas características de los servicios de los que se parte.
- Las cuestiones financieras y administrativas. ¿Qué hacemos con los presupuestos de cada servicio? ¿se unifican presupuestos?

Por estos motivos sería conveniente considerar que se incorporasen de manera continuada en el tiempo medidas del siguiente tipo:

- Implantar estímulos o incentivos para efectuar cambio en comportamiento de los profesionales afectados por la coordinación, con un control posterior de sus resultados.
- Formación
- Mejorar vías comunicación e información

Y todas estas medidas deberán proporcionarse de manera continuada, al menos durante un periodo continuado de tiempo.

### **7.- Propuestas y acciones de coordinación social y sanitaria**

No obstante, a pesar de las limitaciones expuestas anteriormente existen propuestas de coordinación sanitaria y social. A continuación se resumen un conjunto de actividades que pueden emprenderse:

- Itinerarios integrados de atención, planes conjuntos de actividad y protocolos comunes
- Reorganización límites geográficos de planificación y organización a nivel re-

gional y municipal de servicios sociales y sanitarios

- Desarrollo de las TIC para extender y compartir la información común<sup>25</sup>, aunque manteniendo cautelas y custodia de la información.

- Potenciar los contactos, compatibilizar e intercambiar funciones entre profesionales: en su misma especialización; entre primaria y especializada y farmacia, y entre primaria y profesionales sociales. Desarrollo equipos multidisciplinares

- Creación órganos intermedios de coordinación, consultivos, formadores, y evaluadores de la atención coordinada. Figura responsable coordinador.

- Desarrollo atención en el domicilio mediante la actuación conjunta de la telemedicina y la teleasistencia

Afortunadamente muchas de estas propuestas ya se han ejecutado en la práctica. Algunas de esas iniciativas son:

## 8.- Conclusiones y vías de mejora

Sobre la colaboración público-privada:

- De inicio ya existía un grado de colaboración. Existe colaboración pública y privada, pero es insuficiente.

- Predomina colaboración público-privada *en actividades financiación* (subvenciones, bonos,...) y *provisión-producción* (conciertos, contratos concesión,...). Y difieren bastante según CCAA.

- Mejorar regulación sobre resultados, procesos y riesgos futuros en contratos. Eso significa que se deberán mejorar los acuerdos respecto a la consecución de qué resultados y cuántos, de qué procesos o actividades a desempeñar y a especificar los riesgos e incertidumbres futuros sobre temas diversos como exceso de demanda, disponibilidad de servicios, imposibilidad o retraso de la construcción, etc.

- Involucrar más en la colaboración a ONGs y a familia <sup>26</sup>. Aunque las normas de contratos colaboración público-privada (conciertos, concesiones, etc.) según CCAA priorizan a las ONGs, en la práctica no se producen estas adjudicaciones pues están en peores condiciones de competir en precios. Pero por su naturaleza social su objetivo principal está más cercano a la realidad del servicio que la mayor parte de las empresas privadas que se llevan las concesiones y conciertos<sup>27</sup>.

---

25. Ejemplo en Extremadura: La Junta de Extremadura implantará una tarjeta sanitaria electrónica que incluirá datos sobre dependencia (Júbilo, 10/04/2009)

...La consejera de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, María Jesús Mejuto, ha anunciado que, entre las novedades para el próximo año, su departamento implantará una tarjeta electrónica que "permitirá almacenar datos no sólo sanitarios, sino también relacionados con la atención a la dependencia". El objetivo es que se implanten 300.000 de estos dispositivos antes de que termine el ejercicio...

Para la responsable extremeña de Asuntos Sociales, esta medida ofrecerá una mayor seguridad en la transacción "entre la administración y los ciudadanos..."

26. Puga, D. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público, Revista Española de salud pública. 2005; 79: 327-330.

- Más colaboración entre agentes a nivel meso o micro y en servicios no básicos. Fomentar la colaboración no significa cambiar todo el modelo presente, ni tampoco efectuar “grandes y costosos proyectos”. Sin embargo, la colaboración público-privada se ciñe a los agentes s. público y empresas y se refiere a grandes proyectos y servicios básicos (hospitales agudos, hospitales larga estancia, residencias, ayuda domicilio), es decir, se piensa en iniciativas dirigidas a los ámbitos de los sistemas social y sanitario muy institucionalizados<sup>28</sup>. Colaborar a través de servicios no básicos y a un nivel más pequeño es más fácil y rápido. (Los servicios no básicos suelen no cubrirse por s. público, salvo regiones con bastante financiación). Podrían ser buen complemento al servicio básico.

- Homogeneizar reglamentaciones y métodos de colaboración entre CCAA.

- Implementar figura intermediario agentes o responsable contrato público-privado (Ley 30/2007 contratos s. público). Es decir, es necesario la fijación de personal clave que permita desarrollar la colaboración en ambiente de confianza y buena comunicación. Falta formación y creación del gestor ¿se confía en él?<sup>29</sup>

- Evaluación de las colaboraciones: Más información costes y beneficios ¿ha mejorado eficiencia, equidad, rentabilidad social...?

Sobre coordinación social y sanitaria:

Contamos con recientes iniciativas de planes de coordinación sociosanitaria en CC AA, que se combinan con variadas colaboraciones público-privadas

La coordinación predomina en la actuación de gestión u organización de servicios. Debería existir más coordinación en la actuación de regulación, sobre todo entre CC AA.

Como en el caso de la colaboración, también es necesaria la evaluación de las coordinaciones. Ese proceso nos proporcionará más información sobre los recursos empleados y los resultados conseguidos

- Fomentar el uso de nuevas tecnologías y del trabajo en red (e-salud o e-dependencia).

- Atribuir las asignaciones presupuestarias a las instituciones de coordinación creadas.

- Aprovechar las ideas y proyectos innovadores que ya existen<sup>30</sup>.

---

27. MONTALBA, C. Escenarios del presente y futuro en la cobertura, provisión y gestión de la atención a situaciones de dependencia en el país valenciano. CCOO. Valencia, 2007.

28. Destacar el comentario de Simón Sosvilla: "No debemos cambiar completamente el modo de atención, sino hallar un punto intermedio entre el sistema antiguo y el moderno, demasiado institucionalizado". MARMOL L. El sistema de dependencia fallará sin aportación sanitaria. Diario Médico, 23-01-09.

29. ISHIKAWA, A. y MOREL, R. Alianzas entre empresas y organizaciones de la sociedad civil. Cuadernos de la Cátedra "La Caixa" de responsabilidad social de la empresa y gobierno corporativo. Noviembre 2008, nº2.

30. Empresas ávidas de proyectos buscan hospitales con necesidades concretas. Sierra, R. Diario Médico, 5/11/2009

...Los hospitales tienen necesidades y las empresas tienen soluciones para esas necesidades. Si es tan fácil, ¿por qué las tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito sanitario no están tan desarrolladas como en otros sectores públicos? ...

*“La coordinación es complicada,  
es un reto este año, lo será el que viene y,  
posiblemente, también el otro”*  
M<sup>a</sup> Ángeles Tortosa Chuliá

# LA CONVIVENCIA ENTRE LA COLABORACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA Y LA COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA

M<sup>a</sup> Ángeles Tortosa  
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA



Jornada del Observatori Estatal de la Discapacitat  
i la revista El Siglo. Cáceres, Novbre 2009

## ESQUEMA CONFERENCIA

1. **Situación partida y agentes**
2. **Conceptos colaboración, coordinación e integración**
3. **Grados y niveles colaboración y coordinación**
4. **Argumentos a favor de la colaboración, coordinación e integración.**
5. **¿En qué colaborar? Y ¿Cómo? ¿Dónde se coordina?**
6. **Barreras a la colaboración entre agentes y a la coordinación entre ámbitos.**
7. **Propuestas y acciones de coordinación social y sanitaria**
8. **Conclusiones y vías de mejora**

Jornada del Observatori Estatal de la Discapacitat  
i la revista El Siglo. Cáceres, Novembre 2009

2

## 1. SITUACIÓN PARTIDA y AGENTES

### • Dos grupos de servicios especializados y con trayectoria desigual:

- ✓ sanitario
- ✓ social

### • Cuatro grandes agentes o sectores trabajando en estos ámbitos:

- ✓ Sector público
- ✓ Sector privado:
  - ⓐ Empresas
  - ⓑ Familias
  - ⓒ Tercer sector u organizaciones sin ánimo lúcro

### • A nivel político, económico y social es prioritaria:

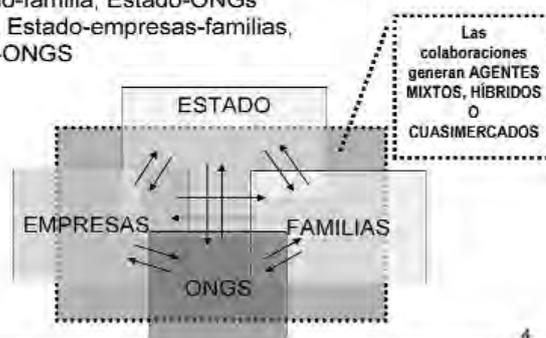
- ✓ La coordinación de los servicios sanitarios y sociales
- ✓ La colaboración entre los agentes públicos y privados

3

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista El siglo Veintiuno, febrero 2009

## 2. CONCEPTOS COLABORACIÓN, COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN

- Son tres conceptos relacionados
- **COLABORACIÓN:** Vía por la que **un agente cede parte o toda su actividad a otro para entre ambos obtener mayor bienestar, y compartir beneficios y costes.**
- **LA COLABORACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA :**  
Estado-empresa, Estado-familia, Estado-ONGs  
Estado-Empresa-ONGs, Estado-empresas-familias,  
Estado-empresa-familia-ONGs



4

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista El siglo Veintiuno, febrero 2009

## 2. CONCEPTOS COLABORACIÓN, COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN

- **COORDINACIÓN:** Supone la sistematización u organización de medios y actividades para obtener un resultado común
- **INTEGRACIÓN:** Máximo grado de colaboración que conduce a la unión de los agentes para crear uno.
- En la **COLABORACIÓN, COORDINACIÓN, e INTEGRACIÓN** todos los agentes buscan un resultado u objetivo común
- **GRADACIÓN DE LOS TRES CONCEPTOS** de mayor a menor amplitud del concepto e intensidad de los lazos establecidos: 1º) la colaboración, 2º) la coordinación y, 3º) la integración.



5

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista El Siglo Veintiuno, Noviembre 2009

## 3. GRADOS O NIVELES DE COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA Y COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA

- La colaboración, la coordinación e integración puede darse a nivel **macro** (entre ministerios, consejerías, concejalías, empresas, familias), **intermedio** (centros públicos, y/o sus departamentos, ídem a nivel empresa, o miembros familia) o **micro** (grupos trabajo, profesionales, trabajadores públicos o privados e individuos).
- La colaboración, la coordinación e integración ocurre entre agentes públicos y privados que trabajan **en el mismo ámbito**, y/o que trabajan **en distintos ámbitos**.
- España tiene 17 CC AA y 2 ciudades autónomas:  
19 modelos distintos → Exige otro tipo de colaboración y coordinación:  
**a nivel político**, entre CCAA y el gobierno central.

6

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista El Siglo Veintiuno, Noviembre 2009

© Observatorio

### 3. GRADOS Y NIVELES DE COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA Y DE COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA:



- Pueden producirse diferentes **grados** de colaboración y coordinación: **leve, moderada, intensa.**
- Como existen diversos niveles de agentes y dos tipos de servicios, la **colaboración y coordinación pública-privada entre SAAD-SANIDAD puede ser múltiple.**

### NIVELES DE AGENTES: Múltiples colaboraciones entre ellos

Niveles	Macro	Intermedios	Micro		
STOR PÚBLICO (san y soc)	Adm <sup>en</sup> Central	Ministerio A	Dpto 1	Grupo trabajo 1A	Trabajador público
				Grupo trabajo 2A	
		Dpto 2	...	Trabajador público n	
		Ministerio B	Dpto n	Grupo de trabajo nA	
		Ministerio N			
		CCAA	Consejería A	Dpto 1	Grupo trabajo 1A
				...	Trabajador público n
	Dpton		...	Trabajador público nA	
	Consejería B...				
	Consej N				
	Local		Concejalia A	Dpto 1	Grupo trabajo 1A
				...	Trabajador público n
Dpto n		...	Trabajador público nA		
Concejalia B...					
Concej N					

Niveles	Macro	Intermedio	Micro	
EMPRESAS + ONGS (san y soc)	Empresa A/ ONG A	Dpto 1	Grupo trabajo 1A	Trabajador o profesional
			Grupo trabajo 2A...	
		Dpto 2...	Grupo trabajo nA	Trabajador o profesional n
		Dpto n		
	Empresa B/ ONG B			
	Empresa N/ ONG N			Trabajador n

Niveles	Macro	Intermedio	Micro
FAMILIAS	Familia A	Padres	Individuo 1
			Individuo 2
		Hermanos o hijos	
		Uds	
	Primos, etc...		
	Familia B		
... Fam N		... Individuo n	

#### 4. ARGUMENTOS A FAVOR DE COLABORACIÓN, COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN

- 1.- **Búsqueda de rentabilidad financiera. Con crisis económica se acentúa la reducción de costes por parte de todos los agentes.**
- 2.- **Presión por cumplir contenidos: ley SAAD + Pacto Estado Sanidad + Planes nacionales Parkinson y Alzheimer + Ley Cohesión y calidad**
- 3.- **Afrontar nuevas necesidades en la atención: integral, personal, continuada y en casa.**
- 4.- **Modernización de la gestión pública. Reducir "formas burocráticas de gestión pública" y la superespecialización, y solucionar ineficiencias de los servicios prestados por agentes**
- 5.- **Preferencias sociales sobre el SAAD indican que: el Estado debe asumir más responsabilidad en el cuidado a los dependientes y colaborar con la familia.**

9

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista El Siglo. Cáceres, Noviembre 2009

© Torres M.A.

#### BALANCE AGENTES CUIDANDO EN ÁMBITO SOCIAL. EXTREMADURA.2008.

(Fuente: MINISTERIO SANIDAD.2008):

Cobertura agentes distintos a familia	Índice cobertura (usuarios/pob >65 años*100)	Tipo agentes cuidadores	Índice cobertura (plazas/pob >65*100)
18,83%	4,15%	RESIDENCIAS PÚBLICAS + CONCERTADAS	2,76%
		RESIDENCIAS PRIVADAS	1,33%
		CENTROS DÍA PÚBLICOS + CONCERTADOS	0,97%
		CENTROS DÍA PRIVADOS	0,00%
		VIVIENDAS TUTELADAS	0,10%
		AYUDA DOMICILIO	9,90%
		TELEASISTENCIA	4,41%
		OTROS SERVICIOS	
Fam 81,17%		FAMILIA	866 p ec nov08; 4186 p ec nov09
???????		Economía sumergida	¿Prosumo?
		Combinaciones y duplicaciones agentes	10

POB>65 EXTREMADURA 2008: 207.081

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista El Siglo. Cáceres, Noviembre 2009

© Torres M.A.

## 5. ¿EN QUÉ COLABORAR?

		PROVISIÓN y PRODUCCIÓN	FINANCIACIÓN	REGULACIÓN	GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN
<b>S. PÚBLICO</b>					
<b>S. P R I V A D O</b>	FAMILIA				
	EMPRESAS				
	ONGs				

Ámbitos básicos en los que efectuar coordinación

Y ¿Cómo?

Concesiones: administrativas, de obra; conciertos, fundaciones, consorcios, sociedades mixtas, empresa social, etc.

Subvenciones, copago, bonos, préstamos subvencionados, incentivos, donaciones, deducciones-exenciones impuestos, etc.

Prohibiciones, limitaciones de precios o cantidades, acreditaciones, evaluación, sanciones, responsable contrato, etc.

Uso Información, E-gestión, direcciones compartidas, reorganización tareas, reordenación jerarquías, etc

## 6. BARRERAS A LA COLABORACIÓN ENTRE AGENTES

- ¿Se desea colaborar? ¿Cuánta colaboración?
- Miedos: ¿Pérdida equidad? ¿Pérdida de derechos laborales? ¿Pérdida de calidad servicios? ¿Pérdida control o poder por parte de agentes? ¿Insuficiencia de rentas? ¿Confianza y transparencia?
- Colaborar en provisión-producción incrementa la oferta de servicios pero no se planifica.
- Altos costes de transacción. Desacuerdos en contratos. Problemas de falta transparencia de condiciones en contratos.
- El ↑ de concesiones agudiza la concentración de empresas.
- Mayor control de resultados generales en fórmulas de gestión indirecta.
- La continuada colaboración en financiación incrementa la dependencia financiera del sector privado sobre el sector público. Y puede afectar a la deuda pública y/o carga fiscal sobre generaciones actuales y futuras.
- Insuficiencia financiera y retrasos en pagos entre agentes. Fraude.
- Cuestiones políticas generan en España 19 modelos colaboración, uno por CCAA.
- No excederse con prosumo (actividades sin remuneración) por traslado gestión a usuarios: "los pacientes expertos"

## 6. BARRERAS A LA COORDINACIÓN ENTRE ÁMBITOS SOCIAL Y SANITARIO

- Posiciones pasivas y cómodas de los profesionales. Inmovilismo.
- Falta visión integral ante excesiva especialización.
- Falta confianza y claridad en objetivos proyectos y entre profesionales
- Falta costumbre trabajo multidisciplinar
- Hacen falta líderes, e intermediarios que tengan visión amplia para planificación conjunta
- Complejidad diseño y funcionamiento de los servicios
- ¿Unificación de presupuestos?



- ✓ *Implantar estímulos o incentivos para efectuar cambios, con control posterior de resultados*
- ✓ *Formación*
- ✓ *Mejorar vías de comunicación e información*

13

## 7. PROPUESTAS Y ACCIONES DE COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA

- P** ● Itinerarios integrados de atención, planes conjuntos de actividad y protocolos comunes
- R** ● Reorganización de límites geográficos de planificación y organización a nivel regional y municipal de servicios sociales y sanitarios
- O** ● Desarrollo de las TIC para extender y compartir la información común, aunque manteniendo cautelas y custodia de información.
- P** ● Potenciar los contactos, compatibilizar e intercambiar funciones entre profesionales: en su misma especialización; entre primaria y especializada y farmacia, y entre primaria y profesionales sociales. Desarrollo equipos multidisciplinares
- U** ● Creación órganos intermedios de coordinación, consultivos, formadores, y evaluadores de la atención coordinada. Figura responsable coordinador.
- E** ● Desarrollo atención en el domicilio mediante la actuación conjunta de la telemedicina y la teleasistencia
- S**
- T**
- A**
- S**

A  
C  
C  
I  
O  
N  
E  
S

*El Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010 en Extremadura + otros planes sociosanitarios en Navarra, País Vasco, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Andalucía, Cataluña y otros + Plan de Innovación de atención primaria en Cataluña*

14

## 8. CONCLUSIONES Y VÍAS DE MEJORA

### COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA:

- Existe colaboración pública y privada, pero es insuficiente.
- Predomina colaboración público-privada *en actividades financiación y provisión-producción*
- Mejorar regulación sobre resultados, procesos y riesgos futuros en contratos
- Involucrar más en la colaboración a ONGs y a familia
- Más colaboración entre agentes a nivel meso o micro y en servicios no básicos
- Homogeneizar reglamentaciones y métodos de colaboración entre CCAA.
- Implementar figura intermediario agentes o responsable contrato público-privado (Ley 30/2007 contratos s. público)
- Evaluación de las colaboraciones: Más información costes y beneficios ¿ha mejorado eficiencia, equidad, rentabilidad social...?

15

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad  
y la revista El siglo. Cáceres. Noviembre 2010

## 8. CONCLUSIONES Y VÍAS DE MEJORA

### COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA:

- Contamos con recientes iniciativas de planes coordinación socio-sanitaria en CCAA, que se combinan con variadas colaboraciones público-privadas
- La coordinación predomina en la actuación de gestión u organización de servicios. Debería existir más coordinación en la actuación de regulación, sobre todo entre CCAA
- Evaluación de las coordinaciones: Más información sobre los recursos empleados y resultados conseguidos
- Fomentar uso de nuevas tecnologías y del trabajo en red (e-salud o e-dependencia).
- Atribuir las asignaciones presupuestarias a las instituciones de coordinación creadas.
- Aprovechar las ideas y proyectos innovadores que ya existen



LA CONVIVENCIA ENTRE COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA Y COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA EXISTE, AUNQUE MENOS DE LO SOCIALMENTE DESEABLE, pero siempre bajo el control y supervisión de la evaluación y regulación públicas.

16

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad  
y la revista El siglo. Cáceres. Noviembre 2010

### • APERTURA DE UN NUEVO SERVICIO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN VILLANUEVA DE LA SERENA.

M. MARTIN. 08/08/2009. El Periódico Extremadura

**GESTIÓN INDIRECTA.** Su gestión será indirecta y a principios de esta semana ha finalizado también el plazo para presentar ofertas; será resuelto en una mesa de contratación dentro de 15 días. El contrato se hará por 4 años prorrogables hasta 12 y con su puesta en marcha se crearán entre 8 y 10 puestos de trabajo (el ayuntamiento no tendrá ninguna responsabilidad sobre el personal contratado). En su construcción, la Junta de Extremadura ha invertido más de 459.000 euros a los que hay que sumar 95.000 euros más para la dotación de mobiliario.

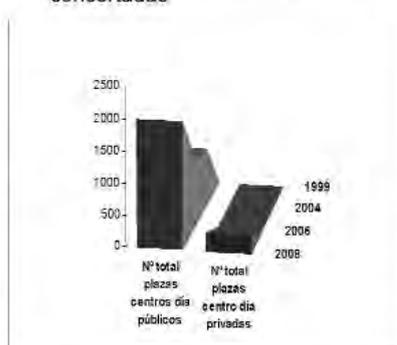
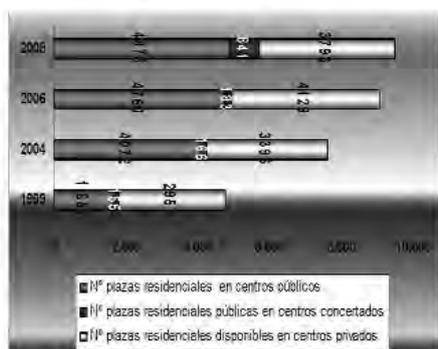
La empresa adjudicataria está obligada a cubrir el servicio de comida a domicilio para personas mayores con problemas de deterioro cognitivo y que será para 10 beneficiarios este año y 25 a partir del próximo...

18

### Nº PLAZAS RESIDENCIAS y CENTROS DE DÍA PÚBLICAS-PRIVADAS-CONCERTADAS EN EXTREMADURA. 1999-2008

De 1999 a 2008 aumentan plazas residencias. En mayor medida crecen las privadas y las concertadas

De 1999 a 2008 aumentan plazas centros de días sobre todo las públicas. No se disponen datos de concertadas



19

◦ **Constitución del Cluster Sociosanitario de Extremadura como "motor estratégico e importantísimo para la economía y el futuro de la comunidad autónoma".**

28/11/2008 FEMPEX.

Esta nueva agrupación empresarial ha nacido tras la firma de su documento constitutivo, con la intención de incorporar a la lista de 17 entidades fundadoras otras nuevas que le otorguen un carácter "más rico y provechoso"

... Según Aguilar, a través del cluster, que contará con la "ayuda, colaboración e impulso" de la Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura (Fundesalud) y el de otras instituciones intermedias, se desarrollarán aquellos proyectos que en el campo sociosanitario propongan el Parque Científico y Tecnológico regional o la Universidad de Extremadura (UEX)...

20

◦ **Para financiar los servicios residenciales en Extremadura se establece un copago de los usuarios**

IMSERSO. Informes 2000,2002,2004,2006,2008.

*En los centros de día desde 1999 a 2008: 25% de la pensión usuario*

*En las residencias y alojamientos alternativos de 1999 a 2008: 65-75% de la pensión usuario...*

Dato: El impacto medio del copago sobre las rentas de las personas >65 años varía entre el 42%-48% según grado dependencia (MONSERRAT, J. 2008)

◦ **Nuevas ayudas para adaptar las viviendas de los dependientes.** REDACCION 09/05/2009 El Periódico Extremadura

*La Junta de Extremadura subvencionará las obras de particulares para mejorar la accesibilidad y la adaptación del hogar a personas en situación de dependencia...*

◦ **El SEPAD de Extremadura recibe fondos FEDER y del Plan E para construir residencias.** REDACCION 09/05/2009 El Periódico Extremadura. Entre Mayores. Junio 2009.

21

## La UE denuncia a España por modificar los contratos públicos tras adjudicarlos

Bruselas entiende que la nueva norma no respeta los principios de igualdad de trato y transparencia.

HPM/Seas - Madrid - 20/11/2009

En opinión del Ejecutivo comunitario, la Ley de contratos del sector público da a las administraciones "amplios poderes para modificar cláusulas fundamentales de los mismos después de su adjudicación, sin que las condiciones de modificación se hayan establecido en los documentos contractuales de manera clara, precisa e inequívoca".

Además, por lo que respecta a la realización de obras, la prestación de servicios o la entrega de suministros adicionales, la Comisión considera también que la ley permite que el órgano de contratación recurra a la utilización de procedimientos negociados sin publicación en contra de lo dispuesto en la legislación europea.

Publicación: 20/11/2009

3 de 15 en formato | [volver](#) | [copiar](#)

## Bruselas planea castigar la morosidad administrativa con un recargo del 5%

El retraso en pagos a las empresas "es intolerable", dice el comisario Verheugen

ENCARDO MARTINEZ DE BUSTOZA - Bruselas - 09/11/2009

22

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista El Siglo. Cáceres, 16 de febrero 2009

© Observatorio de

## ● Sacyr dará servicios a personas dependientes

09/04/2009, elperiodicoextremadura.com

*LA INMOBILIARIA hará de los servicios de dependencia una nueva unidad de negocio, con varios contratos con ayuntamientos, una facturación anual de 12 millones de euros y una cartera potencial de 138 millones de euros. En total, atenderá a 5.000 personas. La firma ya tiene adjudicaciones en Zamora, León, Jaén y Majadahonda...*

23

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista El Siglo. Cáceres, 16 de febrero 2009

© Observatorio de

◦ **La Junta de Extremadura implantará una tarjeta sanitaria electrónica que incluirá datos sobre dependencia** (júbilo, 10/04/2009)

*La consejera de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, María Jesús Mejuto, ha anunciado que, entre las novedades para el próximo año, su departamento implantará una tarjeta electrónica que "permitirá almacenar datos no sólo sanitarios, sino también relacionados con la atención a la dependencia". El objetivo es que se implanten 300.000 de estos dispositivos antes de que termine el ejercicio.*

*Para la responsable extremeña de Asuntos Sociales, esta medida ofrecerá una mayor seguridad en la transacción "entre la administración y los ciudadanos"...*

24

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista El Siglo. Cáceres. Noviembre 2009

◦ **Plan Integral de Salud Mental de Extremadura**  
**El DOE publica el concurso para el concierto de 40 plazas de atención a personas dependientes por enfermedad mental.** Europa Press. El Periódico Extremadura 21/08/2009

*Estas plazas están destinadas a personas que padezcan una enfermedad mental grave y que requieran de una atención integral y cuidados personales dentro de un entorno residencial*

*Las 40 plazas saldrán a concierto en dos lotes de 20 plazas cada uno, uno situado en la zona de Mérida y otro en la zona de Plasencia...*

◦ **Adjudicadas 150 plazas en residencias privadas de Extremadura por 7 millones**

22/07/2009 elperiodicoextremadura.com

*La lista de adjudicaciones de plazas corresponden al servicio público de Atención Sociosanitaria, en su modalidad tipo dos (T2), y estas plazas cubrirán las necesidades de cuidado sanitario continuado a personas altamente dependientes que necesitan cuidados o supervisión prolongados dentro de un entorno residencial...*

25

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista El Siglo. Cáceres. Noviembre 2009

## EJEMPLOS COLABORACIONES PÚBLICO-PRIVADAS ÁMBITO SAAD

### • Empresas ávidas de proyectos buscan hospitales con necesidades concretas

R. Sierra, Diario Médico, 5/11/2009

*Los hospitales tienen necesidades y las empresas tienen soluciones para esas necesidades. Si es tan fácil, ¿por qué las tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito sanitario no están tan desarrolladas como en otros sectores públicos? ...*

26

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista El Siglo Veintiuno. Noviembre 2009

## MUCHAS GRACIAS

*“...La economía ya está globalizada; la política, no. Y hay que globalizarla. Lo cual no significa crear un gobierno universal, una moneda única... no, hay que coordinar. Hay que crear mecanismos de coordinación”. (F.H. Cardoso)*

17

Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista El Siglo Veintiuno. Noviembre 2009



Ricard Barberà i Guillem.

## **Ricard Barberà i Guillem,**

investigador del ámbito de las personas mayores y atención a la dependencia del Instituto de Biomecánica de Valencia

¿Desde qué ámbito, desde qué sector voy intentar contribuir a la reflexión? Desde el ámbito laboral en el que yo estoy , que es un centro de investigación, y con la experiencia de estar trabajando en temas relacionados con discapacidad, dependencia, personas mayores y tecnología en estos últimos diez años. También parte de los resultados que presenta un estudio realizado con la asociación Cuida, una asociación empresarial muy interesante que ha surgido en el País Valenciano, y que de alguna forma intenta formar un lobby para crear presión, para que se desarrollen políticas que faciliten el desarrollo de todo un sector relacionado con el bienestar o con la salud, donde encontraríamos desde empresas de ortopedia hasta empresas relacionadas con balnearios o gestión de residencias, por hacer una foto muy rápida de todas las empresas o el sector empresarial que podríamos encontrar detrás de este ámbito.

Voy a repasar, aunque ya se ha hablado bastante, el concepto de atención sociosanitaria y coordinación sociosanitaria; presentaré un resumen de modelos de atención sociosanitaria presentes en diversos países de nuestro entorno, y lanzaré ideas, en algunos casos ya repetitivas por todo lo que se ha ido diciendo a lo largo de la mañana, y en otros espero que algo más novedosa, relacionadas con cómo debería ser el modelo de atención sociosanitaria.

¿Qué nos ha motivado a realizar el estudio que titulamos "El sistema estatal de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia"? Era responder a las preguntas de cuál es la situación del modelo de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia en el Estado español desarrollado con la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. ¿Ha habido avances importantes? La siguiente pregunta sería ¿cómo se ha realizado en el resto de países? ¿Estamos inventando la pólvora? ¿Podemos comparar, compartir experiencias positivas en otros países? ¿Cuál es la situación actual en estos otros países? ¿Cuáles son las bases para realizar propuestas concretas dirigidas a desarrollar un mejor sistema de atención sociosanitario orientado a la dependencia?

El estudio presentado en el Parlamento vasco, que comentaba antes la compañera de CERMI, define atención sociosanitaria como "Un espacio de colaboración intensa y estructurada entre los servicios de salud y los servicios sociales que tienen como principal finalidad garantizar la prestación de servicios para cubrir las necesidades complejas y mixtas de forma continua a las personas con dependencia". Dentro de este párrafo hay un montón de conceptos. Vamos a intentar desglosar alguno. Estamos hablando de espacio de colaboración intensa y estructurada. Toda la jornada ha girado alrededor de coordinación, integración, colaboración, y es evidente que existen todavía muchas deficiencias, o que los servicios no están adaptados a las necesidades y demandas que nos están exigiendo los usuarios con dependencia y su entorno familiar que, como ha comentado la ponente anterior, es justamente el que está llevando la carga de esta atención sociosanitaria en estos momentos. ¿Dónde va a ser más eficaz esta integración, colaboración, coordinación? ¿Va a ser a un nivel macro, a un nivel intermedio, a un nivel micro?, Quizá en un par de jornadas como ésta ya tendremos solucionado el tema de coordinación sociosanitaria entre los servicios de salud y los servicios sociales, y deberemos hablar de coordinación sociosanitaria, educativa, laboral, que también son algunas de las cuestiones que se han planteado en la mesa anterior.

### **Línea divisoria**

En muchas ocasiones, la línea divisoria entre lo que debe ser la atención social y sanitaria es muy difusa y muy difícil de delimitar. Lo que muchas veces conlleva un vacío en la intervención, o al contrario, es que tengamos personas que se conviertan en hiperfrecuentadoras o hiperdemandantes de los servicios sanitarios. Y lo de coordinación sociosanitaria, educativa y laboral va en la línea de que si la atención sociosanitaria tiene como principal objetivo garantizar la prestación de los servicios a las necesidades complejas, ¿no debería tenerse en cuenta también en los modelos de coordinación otros ámbitos donde se produce la inter-

vención pública, como es evidente ocurre en el laboral y la educación, para la prevención de la dependencia, o la industria para la creación de nuevos productos y servicios que puedan cubrir estas necesidades complejas?

Porque un fisioterapeuta, un trabajador social, un médico geriatra, cuando termina su carrera ¿Qué sabe de esto? Pero también podemos ver la versión de la educación. ¿Qué pasa con un chaval que tiene parálisis cerebral, dependiente en casa? ¿Va a poder acudir al sistema educativo o no, va a estar formado o no? ¿Vamos a aumentar o disminuir su dependencia o vamos a reducirla? Es un motivo también de reflexión interesante.

Evidentemente, son necesidades complejas y mixtas, que deben atenderse de una forma continua. Aquí gana más interés todo lo que hemos comentado sobre coordinación, colaboración, integración. En definitiva, es necesario poner a la persona con discapacidad en el centro de todo el sistema para garantizar la calidad de vida y aumentar su estima personal.

Y si hablamos de personas con dependencia, es importante recordar que el 85% de personas con dependencia son mayores, y que dentro de este grupo cada vez hay más personas muy mayores. Pero también es interesante recordar que otros grupos de población objeto de la atención sociosanitaria podrían ser personas con enfermedades crónicas, como por ejemplo las afectadas por el SIDA, personas en fase terminal y personas con enfermedad mental grave.

### **Modelos de referencia**

En cuanto a modelos de referencia en el ámbito de la atención sociosanitaria de la situación de dependencia. ¿Estamos hablando de un modelo protector de carácter más liberal, o de carácter más nórdico? ¿Estamos hablando de protección universal o de protección asistencial? Quizá nos sorprenda que no todos los Estados están dando protección a toda la población. En algunos hay un límite o se da cobertura a partir de 40 años o a partir de más edad. Por ejemplo, en Japón una ley equiparable a la nuestra que da cobertura a personas mayores de 40 años. En el caso de Francia, se centra en personas mayores de 60 años y en personas con discapacidad. También los niveles de dependencia o los baremos que se utilizan para acceder a estos servicios son diferentes en los distintos Estados.

Otros aspectos interesantes serían quién es el órgano que tiene la autoridad para realizar la valoración; el tipo de prestaciones que se ofrecen; la fiscalidad, si hay un tratamiento especial para favorecer de alguna forma el funcionamiento del sistema; quién paga el gasto de esta atención; quién tiene las competencias, ¿son

las Comunidades Autónomas, son las corporaciones locales?, etc. Hemos tenido la oportunidad en la mesa anterior de que distintas comunidades autónomas nos comentaran sus experiencias, con lo cual no voy a incidir en este tema, pero sí que es cierto que hay diferentes comunidades autónomas que llevan una trayectoria diferenciada en lo que ha sido el desarrollo de la atención a las personas con dependencia, incluso anterior a la nueva ley.

El modelo sociosanitario pasa por partir de las necesidades y percepciones de los usuarios; por la evaluación pluridimensional e interdisciplinar; la aproximación integral a la atención; un modelo dinámico constante y adaptación y evolución a los cambios de la sociedad y a las necesidades de los usuarios basado en la percepción de calidad de vida; la optimización de los recursos conjugada con una atención de calidad; la sostenibilidad del modelo a largo plazo; los protocolos de seguimiento y gestión de la calidad de atención; una nueva cartera de recursos sociosanitarios; agilidad antes situaciones de crisis.

No hay que olvidar que queda mucho trabajo por hacer para la consecución de un modelo óptimo e idóneo adaptado a la realidad de cada país, de cada Comunidad Autónoma y entidad local. Un nuevo modelo lleva implícito la validación mediante implantación piloto en condiciones reales.

*“En muchas ocasiones, la línea divisoria entre lo que debe ser la atención social y la sanitaria es muy difusa”*

Ricard Barberà i Guillem

¿El modelo socio sanitario que debería contener la ley?

“Contribución para la reflexión”

**Ricard Barberà i Guillem**

Personas Mayores y Atención a la Dependencia



Cáceres, 25 de noviembre del 2009



**IBV**

INSTITUTO DE  
BIOMECÁNICA  
DE VALENCIA

Índice



www.ibv.org

- **INTRODUCCIÓN.**
- **MODELOS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA.**
- **CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS MODELOS ACTUALES.**
- **CONTRIBUCIONES PARA UN NUEVO MODELO.**
- **CONCLUSIONES.**





## INTRODUCCIÓN

- Motivación
- Definición
- Conceptualización

www.ibv.org



## Introducción: Motivación

- ¿Cuál es la situación del modelo de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia en nuestro país? ¿Se ha desarrollado con la aplicación de la ley 39/2006?
- ¿Cómo se ha realizado en el resto de países? ¿Cuál es su situación actual?
- ¿Cuáles son las bases para realizar propuestas concretas dirigidas a desarrollar un mejor sistema de atención sociosanitaria orientada a la dependencia?

www.ibv.org



## Introducción: Definición

Espacio de colaboración intensiva y estructurada entre los servicios de salud y los servicios sociales que tiene como principal finalidad garantizar la prestación de servicios a las necesidades complejas y mixtas de forma continua a las personas con dependencia<sup>1</sup>.



www.ibv.org

1.- Atención socio sanitaria: una aproximación al marco de conceptual y los avances internacionales y autonómicos. Informe extraordinario de la Comisión del Ararteko al Parlamento Vasco. Abril 2007.



## Introducción: Conceptualización

**Espacio de colaboración intensiva y estructurada** entre los servicios de salud y los servicios sociales que tiene como principal finalidad garantizar la prestación de servicios a las necesidades complejas y mixtas de forma continua a las personas con dependencia<sup>1</sup>.



¿Coordinación?

¿Integración?

- Nuevo sistema
- Social
- Sanitario

www.ibv.org

1.- Atención socio sanitaria: una aproximación al marco de conceptual y los avances internacionales y autonómicos. Informe extraordinario Informe extraordinario de la Comisión del Ararteko al Parlamento Vasco. Abril 2007.



## Introducción: Conceptualización

Espacio de colaboración intensiva y estructurada **entre los servicios de salud y los servicios sociales** que tiene como principal finalidad garantizar la prestación de servicios a las necesidades complejas y mixtas de forma continua a las personas con dependencia<sup>1</sup>.

Ámbitos de:

- **Vivienda**
- **Laboral**
- **Educativo**
- **Innovación e industria**
- **Etc.**

**Público y privado**

[www.ibv.org](http://www.ibv.org)

1.- Atención sociosanitaria: una aproximación al marco de conceptual y los avances internacionales y autonómicos, Informe extraordinario Informe extraordinario de la Inspección del Artekto al Parlamento Vasco. Abril 2007



## Introducción: Conceptualización

Espacio de colaboración intensiva y estructurada entre los servicios de salud y los servicios sociales que tiene como principal finalidad garantizar la prestación de servicios a las **necesidades complejas y mixtas de forma continua** a las personas con dependencia<sup>1</sup>.

Atención integral.  
Centrada en la persona.  
Garantizar:

- **Calidad de vida**
- **Autonomía personal.**



[www.ibv.org](http://www.ibv.org)

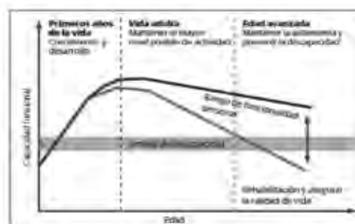
1.- Atención sociosanitaria: una aproximación al marco de conceptual y los avances internacionales y autonómicos, Informe extraordinario Informe extraordinario de la Inspección del Artekto al Parlamento Vasco. Abril 2007



## Introducción: Conceptualización

Espacio de colaboración intensiva y estructurada entre los servicios de salud y los servicios sociales que tiene como principal finalidad garantizar la prestación de servicios a las necesidades complejas y mixtas de forma continua a **las personas con dependencia**<sup>1</sup>.

85% de personas con dependencia son personas mayores.



1.- Atención socio sanitaria: una aproximación al marco de conceptual y los avances internacionales y autonómicos, Informe extraordinario Informe extraordinario de la institución del Artek al Parlamento Vasco, Abril 2007



## Modelos de referencia en el ámbito de la atención socio sanitaria a la situación de dependencia

- ⇒ Internacionales
- ⇒ CCAA



## Modelos de referencia: Internacionales

	España	Alemania	Francia	Japón	Países Nórdicos	Países Bajos	Reino Unido	Estados Unidos
Nombre del sistema o legislación relacionada	Ley 39/2006 de Promoción de la Aut. Personal y At. a las Personas en situación de Dependencia	Seguro de Cuidados de Larga Duración	Prestación Personalizada de Autonomía (APA)	Seguro de Cuidados de Larga Duración	ND (diversidad legislativa según países)	- Ley General de Gastos Especiales por Enfermedad (AWBZ) - Ley de Servicios a Discapacitados (Wvg)	Ley del Servicio Nacional de Salud y Cuidados Comunitarios (Community Care Act)	Ley de Seguridad Social y Ley de Discapacitados
Modelo protector	Nórdico-Liberal (a)	Continental	Continental	Continental	Nórdico	Nórdico	Liberal	Liberal
Ámbito de protección	Universal	Universal	Universal	Universal	Universal	Universal	Asistencial (h)	Asistencial
Beneficiarios	Toda la población	Toda la población (b)	Personas > 60 años y personas discapacitadas	Personas > 40 años	Toda la población	Toda la población	Personas con pocos recursos (i)	Personas con pocos recursos y personas > 65 años
Niveles de dependencia	- Grado I: Dep. Moderada - Nivel 1 - Nivel 2 - Grado II: Dep. Severa - Nivel 1 - Nivel 2 - Grado III: Gran Dependencia - Nivel 1 - Nivel 2	- Nivel I: 1,5 - 3 h. (c) - Nivel II: 3 - 5 horas - Nivel III: > 5horas	- GIR 4: Dependencia Moderada - GIR 3: Dependencia Media-Alta - GIR 2: Dep. Severa - GIR 1: Dep. muy Severa	- Nivel 0: 25 - 30 minutos (b) - Nivel 1: 30-50 min. - Nivel 2: 50 - 70 min. - Nivel 3: 70 - 90 min. - Nivel 4: 90 - 110 min. - Nivel 5: > 110 min.	ND (diversidad de organización según países)	Cuatro niveles: - Limitación menor - Moderada - Severa - Muy grave	Cuatro niveles: (j) - Bajo - Moderado - Sustancial - Crítico	3 niveles, establecidos en virtud de los índices utilizados para determinar los grados de minusvalía (en base a la Listing of Impairments)



## Modelos de referencia: Internacionales

	España	Alemania	Francia	Japón	Países Nórdicos	Países Bajos	Reino Unido	Estados Unidos
Órgano de valoración	A determinar por las CCAA, siguiendo los criterios del Consejo Territorial del SAAD. (aplicación del baremo por profesionales cualificados)	Servicio Médico de los Seguros de Enfermedad (MDK)	Equipo sociosanitario o profesional médico (d)	Equipo multidisciplinar (suministro independiente de expertos del área sanitaria y social)	ND (diversidad de organización según países)	Comisión Central De Evaluación (CZ, organismo estatal independiente)	Departamento de Servicios Sociales de la Autoridad Local	Equipo médico
Prestaciones	- Dependiente: servicios y pecunias - Cuidador: servicios y pecunias	- Dependiente: servicios y pecunias - Cuidador: servicios y pecunias	- Dependiente: pecunias - Cuidador: servicios	- Dependiente: servicios - Cuidador: pecunias (muy poco representativas)	- Dependiente: servicios (predominante) y pecunias - Cuidador: servicios y pecunias	- Dependiente: servicios y pecunias ("presupuestos personalizados") - Cuidador: servicios y pecunias	- Dependiente: servicios y pecunias - Cuidador: servicios y pecunias	- Dependiente: servicios (Medicaid y Medicare) y pecunias - Cuidador: servicios
Costalidad	- Prestaciones no sujetas a impuestos. - Existen incentivos fiscales	- Prestaciones no sujetas a impuestos - Existen incentivos fiscales	- Prestaciones no sujetas a impuestos. - Existen incentivos fiscales	- Prestaciones no sujetas a impuestos	- Prestaciones no sujetas a impuestos. - Existen incentivos fiscales		- Prestaciones no sujetas a impuestos (k)	- Prestaciones no sujetas a impuestos. - Existen incentivos fiscales
Financiación del sistema	- Impuestos - Copago	- Contribuciones sociales - Copago	- Contribuciones sociales - Impuestos - Copago	- Contribuciones sociales - Impuestos - Copago	- Impuestos - Copago	- Contribuciones sociales - Impuestos - Copago	- Impuestos - Copago	- Impuestos - Copago
Competencias	- Regulación: estatal y regional - Gestión: local	- Regulación: estatal (federal) y regional - Gestión: regional	- Regulación: estatal - Gestión: regional	- Regulación: estatal y regional - Gestión: local	- Regulación: estatal/local - Gestión: local	- Regulación: estatal - Gestión: local	- Regulación: estatal/local - Gestión: local	- Regulación: federal - Gestión: estatal
Coordinación sociosanitaria	Baja y Compleja	Compleja	Baja	Media	Alta (e)	Baja (f)	Compleja	Compleja
Seguro privado	Mercado muy poco desarrollado	Mercado poco desarrollado	Mercado en crecimiento	Mercado consolidado	Mercado poco desarrollado	Mercado poco desarrollado (g)	Mercado poco desarrollado	Mercado consolidado

(a) El sistema español conceptualmente está inspirado en el modelo nórdico, si bien presenta determinadas analogías con el modelo liberal.



**CCAA**

Comunidad Autónoma	Programa	Año de puesta en marcha
Andalucía	- Plan de Atención a Personas Mayores	1999
Canarias	- Programa Sectorial de Atención Sociosanitaria	2002
Cantabria	- Plan de Acción Sociosanitaria de las Personas Mayores	1999
Castilla y León	- Plan de Atención Sociosanitaria (I y II)	1998 y 2003
Castilla-La Mancha	- Plan de Atención a las Personas Mayores	1998
Cataluña	- Programa "Vida als anys"	1986
	- Plan de Atención Sociosanitaria	2000
Comunidad Valenciana	- Plan Director Sociosanitario	2006
	- Programa PALET (Pacientes Ancianos de Larga Estancia y Terminales)	1995
Extremadura	- Ley de Ordenación Sanitaria	2003
	- Plan de Atención para las Personas Mayores	2001
Galicia	- Plan Marco de Atención Sociosanitaria	2005
	- Programa de Atención Sociosanitaria (PASOS)	1998
Madrid	- Plan de Mayores	1998
Navarra	- Plan Foral de Atención Sociosanitaria	2001
País Vasco	- Programas Sociosanitarios de las Diputaciones Forales Vascas	nd (a)
	- Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria	2005

www.ibv.org

IBV

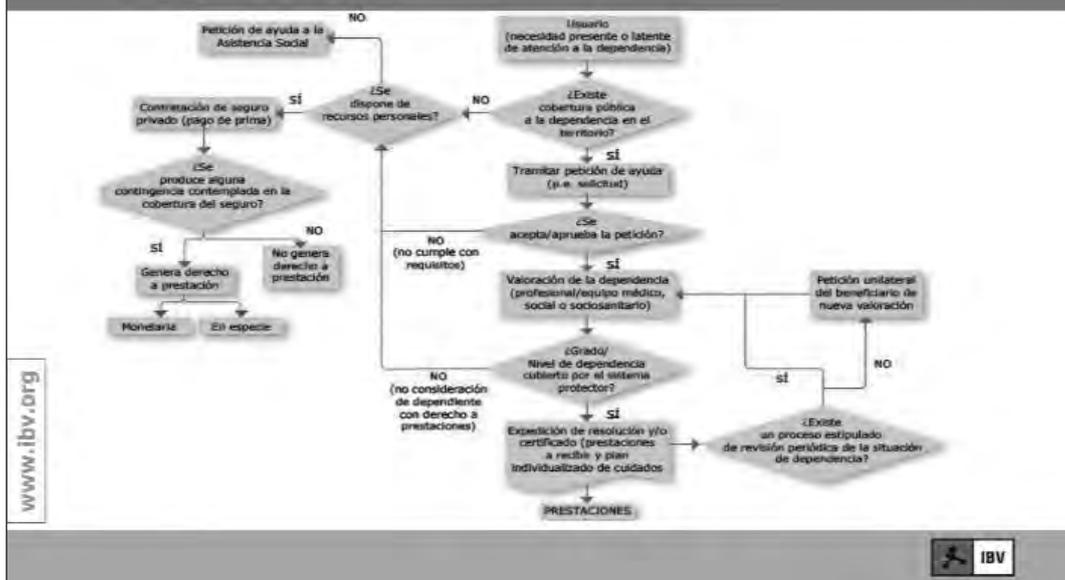


**Características comunes de los actuales modelos**

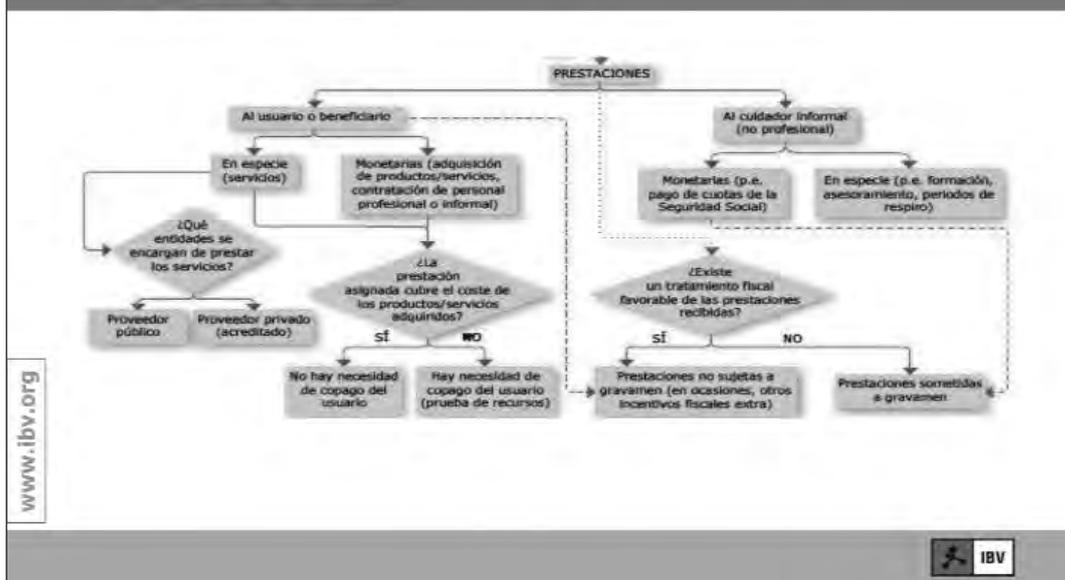
www.ibv.org

IBV

## Esquema general de la atención a la dependencia



## Esquema general de atención a la dependencia



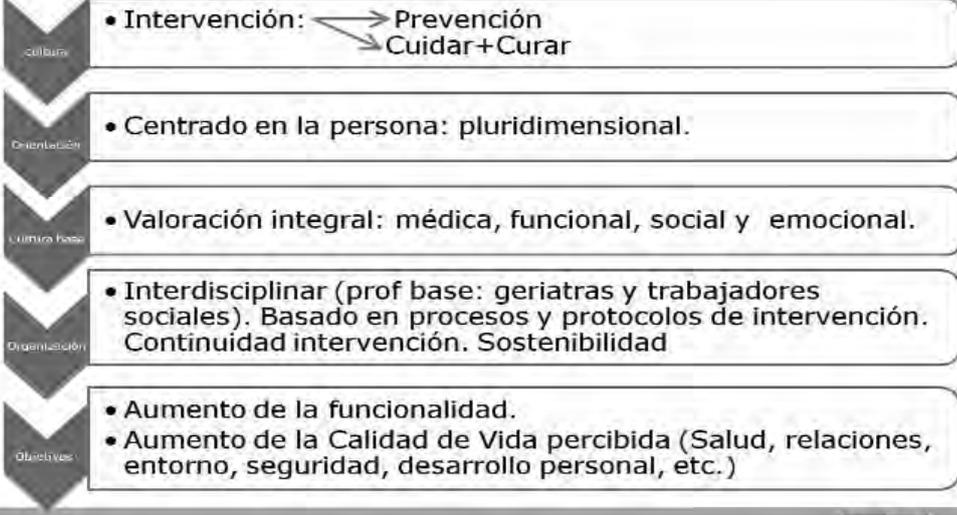


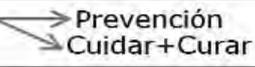
## Contribuciones para un nuevo modelo de atención socio sanitaria

www.ibv.org



## Cambios Básicos para el nuevo modelo

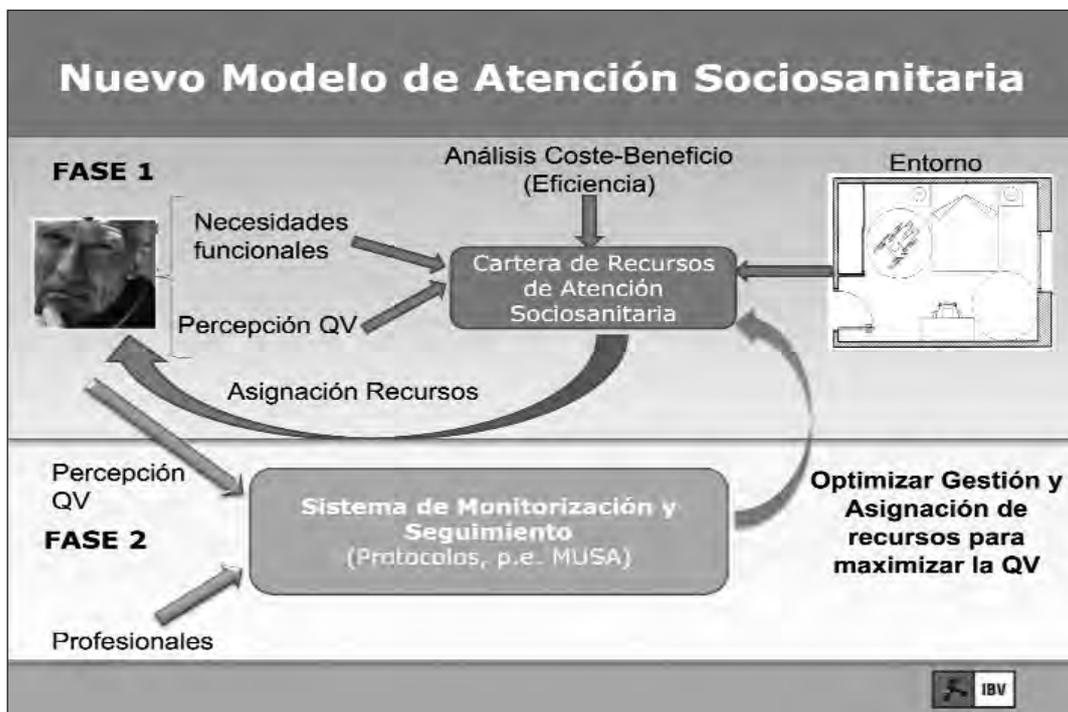


- **Intervención:**  Prevención  
Cuidar+Curar
- **Centrado en la persona:** pluridimensional.
- **Valoración integral:** médica, funcional, social y emocional.
- **Interdisciplinar** (prof base: geriatras y trabajadores sociales). Basado en procesos y protocolos de intervención. Continuidad intervención. Sostenibilidad
- **Aumento de la funcionalidad.**  
• **Aumento de la Calidad de Vida percibida** (Salud, relaciones, entorno, seguridad, desarrollo personal, etc.)

www.ibv.org







## Nuevo Modelo de Atención Sociosanitaria

### Ejemplo análisis coste-beneficio

•Asidero (Inodoro y Ducha) + Alza + Alfombra Antideslizante : **500 euros**

	%	(€)
Fractura de cadera	2,28%	1.293.860
Ingreso centro residencial	2,28%	818.706
Reducción Bajas laborales del cuidador formal	25%	139.103
Horas de atención formal	25%	131.370
<b>REDUCCIÓN TOTAL</b>	-	<b>1.844.804</b>
<b>COSTE INTERVENCIÓN</b>	-	<b>2.039.500</b>
Coste /Usuario		<b>48</b>

**Mejoría AVD:**

- Micción /Defecación
- Lavarse y otros cuidados corporales
- Transferencias
- Desplazarse dentro del hogar

**Mejoría Calidad de Vida:**

- Entorno
- Seguridad

www.ibv.org



## Nuevo Modelo de Atención Sociosanitaria

### Ejemplo análisis coste-beneficio

RECURSO	C	R	AVD	QV	Recomendación
Reforma Baño	A	A	A	A	RII
Reforma Cocina	A	B	M	M	RIL
AT para alimentación	B	B	A	B	RII
Cama articulada	M	B	B	M	RIL
Domótica	A	B	A	A	RII
Teleasistencia	M	A	B	M	RIM/ RIG
SAD	A	A	A	A	RII

Barberà et al., 2009.





## Conclusiones

www.ibv.org

## Conclusiones

### El modelo sociosanitario pasa por:

- Partir de las necesidades y percepciones de los usuarios.
- Evaluación pluridimensional e interdisciplinar.
- Aproximación integral a la atención.
- Modelo dinámico constante adaptación y evolución a los cambios de la sociedad y a las necesidades de los usuarios
- Basado en la percepción de calidad de vida.
- Optimización de los recursos conjugada con una atención de calidad.
- Sostenibilidad del modelo a largo plazo.
- Protocolos de seguimiento y gestión de la calidad de atención.
- Nueva cartera de recursos sociosanitarios.
- Agilidad antes situaciones de crisis.

www.ibv.org



## Conclusiones



Globalmente se presentarán problemas similares que según los expertos son posibles jerarquizar...y protocolizar...los recursos más adecuados"

Lo más importante es la búsqueda constante de la satisfacción de las personas con dependencia y sus familiares.

www.ibv.org



## Conclusiones



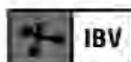
www.ibv.org

No hay que olvidar que queda mucho trabajo por hacer para la consecución de un modelo óptimo e idóneo adaptado a la realidad de cada país, cada CCAA y entidad local.

Un nuevo modelo lleva implícito la validación mediante implantación piloto en condiciones reales.



*¡muchas gracias!*



Cuidamos tu calidad de vida

*ricard.barbera@ibv.upv.es*

INSTITUTO DE BIOMECÁNICA DE VALENCIA  
Universidad Politécnica de Valencia · Edificio 9C  
Camino de Vera s/n · E-46022 · Valencia (ESPAÑA)  
☎ +34 96 387 91 60 · Fax +34 96 387 91 69  
ibv@ibv.upv.es · www.ibv.org



IMPIVA





José Manuel Bañegil Fondón.

MODERADOR

**José Manuel Bañegil Fondón**, coordinador de  
Informativos no Diarios de Canal Extremadura Televisión

ANEXO

# las jornadas

**EL SIGLO**



*De izda. a dcha.: Juan Carlos Campón, director general del Servicios de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia de Extremadura (Sepadi); Marcelina Elviro, concejala de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Cáceres; María Jesús Mejuto, consejera de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura; Jesús Gumiel, presidente del Cermi Extremadura; Francisco Valverde, presidente de Futuex, entidad gestora del Observatorio Estatal de la Discapacidad, y José García Abad, director de El Siglo, durante la inauguración de la Jornada.*

## COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA: UNA NECESIDAD INELUDIBLE

las jornadas



De izda. a dcha.: Marcelina Elviro, concejala de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Cáceres; María Jesús Mejuto, consejera de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura; Jesús Gumiel, presidente del Cermi Extremadura, y Francisco Valverde, presidente de Futuex, entidad gestora del Observatorio Estatal de la Discapacidad.

Por Marce Redondo

La coordinación socio sanitaria es un aspecto presente en cualquier normativa que se refiera a la atención sanitaria o social, afirmó María Jesús Mejuto, consejera de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, en la inauguración de la jornada que, bajo el lema "Coordinación socio sanitaria: una necesidad ineludible", tuvo lugar en la ciudad de Cáceres el pasado 25 de noviembre. "Entendemos que lo socio sanitario se ha visto como un tercer espacio más o exclusivamente como una dimensión de coordinación de lo sanitario y lo social. Es algo cada vez más tangible y, más o menos, definido en nuestro territorio autonómico".

Los compromisos de las administraciones estatal y autonómica para conseguir la ansiada coordinación socio sanitaria son claros, pero quizá desarrollados a diferentes velocidades que no facilitan una igualdad de atención al ciudadano, señaló la consejera. "La Comunidad de Extremadura, ya en 2003, apostó por la atención socio sanitaria, creando una dirección general con el objetivo de poder situar, de una vez por todas, este concepto poco definido. La coordinación socio sanitaria en Extremadura ya existía en mayor o menor

III Jornada del Observatorio Estatal de la Discapacidad y la revista EL SIGLO

**COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA: UNA NECESIDAD INELUDIBLE**

La coordinación socio sanitaria centró el debate de la III Jornada, celebrada en Cáceres y organizada por EL SIGLO, el Observatorio Estatal de la Discapacidad, el Ministerio de Sanidad y Política Social, la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, el Cermi y Futuex. Tanto los representantes de la administración pública como de organismos y asociaciones privadas estuvieron de acuerdo en que, efectivamente, la coordinación de los servicios sociales y los sanitarios es una necesidad ineludible que algunas comunidades autónomas, entre ellas Extremadura, Castilla-La Mancha y Andalucía, ya están poniendo en marcha. El objetivo es ofrecer una mejor y mayor atención a las personas con discapacidad o en situación de dependencia.

medida, pero no de una manera protocolizada y orientada con unos objetivos claros, era producto de la iniciativa y la motivación profesional de todos aquellos que trabajaban tanto en un entorno como en el otro”.

Como consecuencia de esta organización institucional, se pusieron a trabajar todos los profesionales, tanto del ámbito sanitario como del social. El resultado fue el Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010. “Este plan posibilitó un escenario de coordinación en el que la atención sanitaria y la atención social se configuraban dentro de unos perfiles de atención específicos”. Se crearon, por lo tanto, coordinaciones sociosanitarias en diversos niveles de atención que consiguieron que no naciera un tercer espacio sociosanitario. Es decir, se argumentó que para qué crear algo nuevo llamado sociosanitario, si ya existía una estructura y programas suficientes en la sanidad y en la atención social. Lo que había que definir era cómo poner en contacto esas dos estructuras y aproximar sus objetivos de forma común.

Otros avances se han sumado a esta iniciativa que puso en marcha la Junta de Extremadura en el 2007. “De ahí la importancia que para nosotros tiene la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Lo más destacable de esta ley, entre otras cosas, es el reconocimiento de un derecho del ciudadano, un derecho subjetivo que reconoce una situación de dependencia. En la Comunidad de Extremadura, con la entrada en vigor de la ley en enero de 2007, en julio de ese mismo año, se constituyó la Consejería de Sanidad y Dependencia”.

El derecho subjetivo del ciudadano nace de una norma jurídica, de una ley o un contrato a través de un acuerdo de voluntades, dijo la consejera. Su esencia es el poder que la norma jurídica otorga a todo individuo para poder reclamar, mediante la acción, el incumplimiento de una obligación. “Todo ello nos pone en una situación muy diferente a la que había antes de la consecución de ese derecho. Por lo tanto, no tener regulada una atención sanitaria implicaría la desprotección de los ciudadanos; no tener regulada la atención social, tal cual la tenemos actualmente implicaría, del mismo modo, desasistencia; no tener organizada la atención sociosanitaria implicaría abandono de cues-

tiones tan importantes como son la continuidad de los cuidados y, por referirme a cuestiones concretas, implica desinterés por una gestión eficiente de camas hospitalarias, tener una visión parcelada de la realidad actual en atender a personas en situación de dependencia, y sobre todo, implica desamparo para el ciudadano a ser atendido según sus necesidades”. Y añadió más: si este ciudadano tiene reconocido su derecho como persona en situación de dependencia, se estaría vulnerando un elemento muy importante que recoge la ley, y al que no podemos renunciar: su derecho a ser atendido según requiere su situación.

A continuación intervino Marcelina Elviro, concejala de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Cáceres, que mostró su interés y agradecimiento por la celebración del evento en Cáceres, y Jesús Gumiel, presidente del Cermi Extremadura, que hizo una valoración muy positiva de la apuesta de El Siglo en el ámbito de lo social y, particularmente, en el ámbito de la discapacidad. “Los medios de comunicación son nuestros mejores aliados porque nos permiten llegar a toda la sociedad”. Gumiel hizo dos consideraciones. La primera fue que “la coordinación sociosanitaria es realmente una cuestión ineludible en la que las personas

con discapacidad nos jugamos mucho, y yo incluso diría que muchas de las personas de nuestro colectivo se lo juegan prácticamente todo; la segunda, que para llegar a una buena coordinación en este ámbito es preciso que antes estén resueltos los temas cotidianos, la auténtica base de una verdadera atención sociosanitaria”. Esto, continuó, permitiría llegar al siguiente paso, y que el mismo se entienda también como ineludible, que no es otro que la creación de itinerarios individualizados de atención sociosanitaria en función de las necesidades concretas de la persona y, por supuesto, que no se caiga en el error de reducir la discapacidad a la dependencia ni correr el riesgo de diluir las políticas de discapacidad.

Por su parte, Francisco Valverde, presidente de Futuex, entidad gestora del Observatorio Estatal de la Discapacidad, dijo que cuando estamos terminando la primera década del siglo XXI, todos los aspectos que se relacionan con el mundo de la discapacidad están sufriendo una aceleración en positivo. “Estamos en un siglo de las luces, aunque donde hay luz siempre hay sombras, lógicamente. En el caso concreto que nos reúne aquí hoy, el de la coordinación sociosanitaria, vamos a empezar con las luces: nuestra Comunidad Autónoma ya está recorriendo ese camino, de manera que en la presente legislatura se ha unido en una sola consejería sanidad y dependencia”.

La ponencia inaugural corrió a cargo de Pilar Rodríguez, directora general del Inverso, que se centró en la estrategia de coordinación sociosanitaria y la apuesta por la calidad de los servicios de atención a las personas relacionada con el despliegue del sistema de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y, dentro de este nuevo sistema de protección habló del Centro de Referencia Estatal para la Promoción de la Vida Independiente, que se va a poner en funcionamiento de manera inmediata en Olivenza.

Pilar Rodríguez felicitó por su trabajo al Observatorio Estatal de la Discapacidad y a las entidades que junto con el Ministerio de Sanidad y Política Social lo han hecho posible. “Desde la perspectiva del Ministerio de Sanidad, el Observatorio forma parte de las acciones a impulsar políticamente en todo lo que tiene que ver con las líneas de traba-



**María Jesús Mejuto:**  
**“En la Comunidad de Extremadura se constituyó la Consejería de Sanidad y Dependencia en julio de 2007”**

## las jornadas

jo relacionadas con la discapacidad. Un impulso que el Gobierno de España ha sostenido en estos últimos años con el compromiso de que el Observatorio sea una herramienta en la que las acciones políticas pasadas y futuras y su implantación e influencias sociales se vean analizadas y reflejadas para beneficio especial del grupo de personas con discapacidad".

Paso a paso, indicó, el trabajo del Observatorio va a compensar el esfuerzo realizado en su creación por sus aportaciones en diferentes vertientes. Por una parte, como instrumento clave de investigación y estudio de las políticas sobre discapacidad, está ayudando y ayudará a cubrir las carencias en el análisis y comprensión del fenómeno de la discapacidad. "Al cumplimiento de este objetivo ayuda el hecho de que el Observatorio sea un buen ejemplo de coordinación de las Administraciones Públicas con la universidad y el conjunto de la comunidad científica, así como con las entidades representativas de las personas con discapacidad. Esta presencia y participación de diversos sectores sociales en el Observatorio potencia la eficiencia de las políticas públicas y de las decisiones adoptadas, al disponer de fuentes más amplias de información, estudiar nuevas perspectivas de los problemas y proponer soluciones alternativas".

Realmente la coordinación sociosanitaria es una necesidad ineludible desde hace ya mucho tiempo, observó la directora general del Imerso. Por tanto, "ocupa y ocupará la reflexión de quienes, desde muy diversas posiciones, trabajamos en favor de las personas con discapacidad o en situación de dependencia. Parece que la coordinación sociosanitaria fuera un tema nuevo, pero los que llevamos en este asunto tiempo sabemos que es un tema recurrente que aparece y que muestra la dificultad de conseguir avances en que todavía nos estamos planteando cómo empezar a resolver este problema de la falta de coordinación entre el ámbito social y lo sanitario. Este es un momento histórico crucial, porque hay una serie de concomitancias, de cambios sociales que yo creo que hacen ya absolutamente ineludible abordar la coordinación".

Finalizó afirmando que el Gobierno de España quiere que toda la ciudadanía reciba iguales prestaciones sociosanitarias y en idénticas

condiciones de calidad en cualquier punto del territorio español, y en esta misma línea se inscriben las actuaciones derivadas del Pacto de Estado por la Sanidad. Ahora, "la cuestión sociosanitaria se torna en prioridad absoluta para que el correcto despliegue del sistema de autonomía personal sea posible".

### Coordinación

Juan Carlos Campón, director general del Servicios de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia de Extremadura (Sepad), abrió la primera mesa redonda de la jornada que versó sobre la coordinación de los servicios sanitarios y sociales: realidades y proyectos en la red pública. "I hoy abordamos un tema al que el Gobierno de Extremadura le ha concedido una importancia especial y que debe ser una realidad en la red de asistencia pública".

Partiendo de una situación histórica en la que los sistemas de atención sanitaria y social se configuraban en una red poco definida que, en algunas ocasiones, resultaba excesiva en la atención en lo sanitario y escasa en lo social, sin que hubiera procesos bien definidos de coordinación, la Comunidad Autónoma de Extremadura comenzó en

**Pilar Rodríguez:**  
"Hay una serie de cambios sociales que hacen ineludible abordar ya la coordinación sociosanitaria"



2003 a definir estos procesos en el Plan Marco de Atención Sociosanitaria. "Este trabajo concluyó en una serie de planteamientos estratégicos que nos llevaron, en la actual legislatura, a contar con una Consejería específica del ramo, generando además un ente público que se ocupara, en concreto, de la atención a las personas en situación de dependencia. Al mismo tiempo, se materializó en una serie de actuaciones e intervenciones que, en cierta forma, daban validez, desde nuestro punto de vista, al modelo que queríamos implantar".

Juan Carlos Campón dijo que el Plan Marco definió un espacio en el que eran necesarias la interlocución y la interacción de forma permanente de dos sistemas, el social y el sanitario, "frente a lo que entendíamos como una amenaza, que era la creación de un tercer entorno de protección, el sociosanitario, que nos llevaría a desarrollar nuevas estructuras que, desde nuestro punto de vista, no vendrían a aportar absolutamente nada nuevo a lo que teníamos sobre la mesa, sino a generar más burocracia". En este sentido, señaló Campón, el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Extremadura entendió que su obligación era procurar que los sistemas social y sanitario se entendieran y que fueran capaces de protocolizar y de organizar procesos que procuraran una mejor calidad de atención. Por lo tanto, "era necesario crear un espacio sociosanitario que cubriera las necesidades sociales y sanitarias de forma simultánea y continuada de las personas con enfermedades crónicas y discapacidades que conllevan dependencia. Queda, desde este punto de vista, perfectamente definido cuál es el horizonte que pretende el Gobierno extremeño a la hora de coordinar ambos sectores".

Por lo tanto, en ese sistema integral de cuidados, quedan delimitadas las competencias que corresponden a cada sector, hasta qué momento interviene cada uno, cuál es el espacio compartido y cómo se debe implementar la atención a los ciudadanos dentro de ese espacio compartido. Por otra parte, busca una equivalencia territorial que permita un desarrollo de cartera de servicios equitativo a lo largo y ancho de toda la Comunidad Autónoma, invita a una conexión de los sistemas de información del sistema sanitario y del social,



**Juan Carlos Campón:  
"El sistema integrado  
busca una equivalencia  
territorial y servicios  
equitativos en toda la  
Comunidad Autónoma"**

así como al desarrollo de procesos intersectoriales de atención a las personas dependientes y a las personas con patologías. Obliga también a una evaluación integrada, sistemática y periódica que dé resultados integrales y a una actuación, por lo tanto, coordinada de ambos sistemas.

"Todo esto se materializa de forma efectiva en esta legislatura con la creación de la Consejería de Sanidad y Dependencia, con dos organismos autónomos, por una parte, el Servicio Extremeño de Salud, estructurado y creado en torno a tres Direcciones Generales, una Secretaría General, una Gerencia y ocho Gerencias Territoriales; y el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, creado en torno a una gerencia, una Dirección General, una Secretaría General y cinco gerencias territoriales que nos permiten, entre otras cuestiones, que las áreas sanitarias coincidan en su frontera con la división territorial. Entendemos que con las actuales estructuras, con esa buena coordinación y con esos espacios de comunicación, podremos ser capaces de rentabilizar de una forma mucho más efectiva la acción del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Extremadura". En definitiva, concluyó Juan Car-

los Campón, "en Extremadura entendemos que la coordinación sociosanitaria es tangible sin necesidad de crear un tercer espacio. Damos una cobertura con una buena coordinación. Y esa coordinación sociosanitaria toma forma con programas intersectoriales concretos y definidos adecuadamente".

Purificación Causapié, secretaria general para la Atención de la Dependencia de la Junta de Andalucía, dijo que en Andalucía llevan mucho tiempo desarrollando programas que han incorporado sistemas de coordinación entre lo social y lo sanitario. En este momento, "la reflexión fundamental que estamos haciendo tiene que ver con el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, que establece los espacios donde es importante la coordinación sociosanitaria".

Desde el primer momento, dijo, la apuesta de la Junta de Andalucía ha sido integrar el desarrollo de la ley en el sistema de servicios sociales. Por lo tanto, en ese proceso están participando las diversas administraciones públicas que participan en el desarrollo de los servicios sociales, tanto la Junta de Andalucía como las administraciones locales, ayuntamientos y diputaciones provinciales, que participan tanto en el procedimiento como después en la prestación de servicios.

Por otra parte, "nuestra preocupación es vincular al desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia a otros sistemas, básicamente al sistema sanitario, pero también a las políticas de empleo, de educación, de vivienda... Hemos trabajado en todo este proceso con las organizaciones sociales, sindicales y empresariales, entendiendo que las políticas sociales, sobre todo, y la mayoría de las políticas públicas, cada día son más transversales y requieren de la implicación de más agentes, instituciones y sistemas. Por lo tanto, sin duda, la coordinación sociosanitaria es fundamental en ese proceso de coordinación de las políticas públicas y, evidentemente, es ineludible".

También señaló que en el debate sobre el desarrollo del modelo de prestación de servicios que se quiere impulsar, la Junta de Andalucía apuesta por el desarrollo de la Ley de la Dependencia. Básicamente, "porque lo que las personas nos están demandando

en mayor medida son servicios de proximidad, servicios cercanos. Por lo tanto, tenemos que garantizar servicios de calidad en el domicilio, donde efectivamente haya una integración de recursos sanitarios y sociales, que finalmente den como respuesta una atención adecuada a las personas, tanto cuando viven en su casa como cuando viven en un centro residencial".

Purificación Causapié habló también de la coordinación para el desarrollo de la Ley de Dependencia. "Nuestra perspectiva de trabajo ha sido en todo momento desarrollar vías de coordinación entre dos consejerías y dos sistemas de atención, el social y el sanitario, pero también procesos de coordinación entre profesionales que están en el día a día de la atención a las personas, más allá de las estructuras que hay por encima".

Por último, se refirió al proyecto de creación de una agencia andaluza para la atención a la dependencia que será un organismo público y que ayudará a reforzar la coordinación de todas las políticas del Gobierno andaluz en la atención a la dependencia, respetando las competencias de cada una de las consejerías y también las competencias y las actuaciones que ya están en marcha en las administraciones locales.

**Purificación Causapié:  
"Tenemos que garantizar  
servicios de calidad  
en el domicilio con la  
integración de recursos  
sanitarios y sociales"**



nº 859, 7-13 de diciembre de 2009. 35

## Las jornadas

Por su parte, Flor Morillo Garay, jefa de Planificación de la Dirección General de Ordenación y Evaluación de la Consejería de Salud y Bienestar Social del Gobierno de Castilla-La Mancha, afirmó que hace un año en Castilla-La Mancha también se unieron las consejerías de Salud y de Bienestar Social. Además, el hecho de que en 2010 termine el Plan de Salud vigente ha hecho que se plantee un nuevo plan que no solamente incluye la salud y los planes sectoriales de bienestar social, sino que engloba, en un marco común, las necesidades sociosanitarias para darles una cobertura y para que sirva de paraguas para el desarrollo de los demás planes sectoriales. "Este nuevo plan analizará las necesidades actuales y futuras, diseñará un modelo de cuidados que asegure la continuidad de atención a lo largo de la vida de las personas y de los diferentes procesos de enfermedad y de discapacidad; diseñará los modelos de participación de las personas para que el ciudadano sea el centro, y además participe de forma activa como protagonistas de la gestión de ese proceso de atención, y también de sistemas de mejora continua de calidad, así como la forma en que todas las políticas públicas deben contribuir a la salud y al bienestar de las personas que residen en la región".

La orientación que la Comunidad de Castilla-La Mancha ha dado a este nuevo plan de salud y bienestar social, teniendo en cuenta los determinantes sociales de salud, se basa en la estrategia europea de inclusión social y de desarrollo sostenible. "También nos ha parecido importante el enfoque de autonomía y salud a lo largo del ciclo vital, y vamos a insistir mucho en ello. Para responder a los retos sociales más urgentes es necesario hacer cambios en el nivel estratégico, en las políticas, en el nivel operativo, con el planteamiento de nuevas formas de organización, de unidades de gestión, nuevos perfiles de profesionales, nuevas formas de contratación y en la gestión que incentiven una atención integrada, no creando un tercer espacio, el sociosanitario, sino integrando recursos sociales y sanitarios, mediante un modelo en red, con una integración de niveles de atención primaria, de hospital y de servicios sociales, con equipos interprofesionales e intersectoriales. El objetivo es dar respuesta integrada a la cronicidad y a la de-

pendencia. En el modelo en red es necesario implicar a usuarios y a asociaciones de pacientes como socios también de la red".

Francisco Margallo, director de Programas de la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre Discapacidad del Ministerio de Sanidad y Política Social, señaló que la atención a las personas con discapacidad constituye hoy uno de los principales retos de la política social para las administraciones públicas. "Las demandas y los cuidados sanitarios y sociales para personas con graves discapacidades se han incrementado notablemente en los últimos años".

Margallo se centró en la atención sociosanitaria desde el ámbito de la discapacidad más que desde el ámbito de la dependencia, que hacia donde se tiende a ir cuando hablamos de atención sociosanitaria. Debemos tener claro, dijo, cuáles son las diferencias y las convergencias entre el concepto de discapacidad y el concepto de dependencia.

"Los servicios sociales y los servicios sanitarios son fundamentales. Ahora bien, cuando hablamos de atención sociosanitaria, lo que debemos tener en cuenta es que las personas con discapacidad no son ni se sienten enfermos. Por lo tanto, esto lo debemos te-

ner presente de cara a la planificación de una estrategia para la atención sociosanitaria de las personas con discapacidad". Si bien es cierto que las personas con discapacidad, además de los servicios sociales, necesitan una atención de salud más frecuente e intensa que el resto de la población, aseguró. "Aunque hay muchos tipos de discapacidad que no necesitan más cuidado que la población en general, pero hay otros que sí necesitan más atención o una atención sociosanitaria. A esto es hacia lo que se debe tender", resaltó Francisco Margallo.

¿Qué entendemos cuando hablamos de prestación sociosanitaria? ¿Es un término nuevo? "No, no es nuevo. La ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud define la atención sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características deben ser beneficiarios de una actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción laboral. Esto es lo que se entiende por atención sociosanitaria. Creemos que uno de los objetivos tiene que ser elaborar a medio plazo una estrategia global de acción para la coordinación sociosanitaria: la sanitaria, la social, la de los servicios sociales, la de la Seguridad Social, el empleo, la vivienda...". Por lo tanto, debe hacerse un diagnóstico con todos los problemas que existen en la atención sociosanitaria y elaborar esta estrategia. Y esta estrategia es necesaria por varias razones, subrayó. Primero, porque hay un mandato de una ley que lo exige; segundo, por necesidad social. Las personas necesitan un conjunto de prestaciones tanto sanitarias como sociales. Y por último, por exigencia y eficacia de los sistemas sanitarios. "Si no somos capaces de hacer una estrategia a nivel estatal, global, de acción para la atención sociosanitaria, la verdad es que difícilmente vamos a solucionar los problemas".

### Respuestas

Rosa Ruiz, presidenta de la Comisión de Salud del Cermi y gerente de Feafes, abrió la segunda mesa de la jornada en la que se debatió sobre las respuestas desde el sector

**Flor Morillo:**  
"El Plan de Salud de Castilla-La Mancha hace hincapié en la autonomía y la salud a lo largo del ciclo vital"





**Francisco Margallo :**  
**"Debemos tener en cuenta que las personas con discapacidad no son ni se sienten enfermos"**

de la salud. Ruiz dijo que la articulación sociosanitaria ha constituido en nuestro país un deseo más que una realidad. "Es un deseo de todos, pero todos sabemos también que es una realidad todavía inconclusa".

El hecho de que, a nivel estatal, el Ministerio de Sanidad haya unificado la sanidad y la política social, como ha ocurrido en algunas comunidades autónomas que han unido en una consejería los aspectos sociales y sanitarios, realmente puede hacer realidad esa coordinación, dijo Rosa Ruiz. En su opinión, la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia es una oportunidad para el nuevo contexto de la atención sociosanitaria. "Nosotros consideramos que es una oportunidad para reducir ese desequilibrio, existente hasta ahora, entre lo social y lo sanitario. Pero la ley, a nuestro juicio, genera también la necesidad de completar ese marco de atención a la dependencia desde la atención sanitaria".

La integración de la perspectiva social y sanitaria, tanto en la evaluación de las necesidades como en la fijación de los planes individuales de atención, mejoraría la eficiencia de las actuaciones. "Manejar información relacionada no solamente con la salud, sino también con la situación emocio-

nal, con las habilidades cognitivas de las personas, con sus niveles de funcionamiento, con los servicios de soporte, las características del entorno físico, social y familiar y, desde luego, la situación económica, realmente puede ser una oportunidad para avanzar en lo que todos pretendemos que sea esa coordinación sociosanitaria".

Rosa Ruiz compartió la opinión de los ponentes que la precedieron sobre que no es necesario crear un tercer sector, sino construir un espacio sociosanitario donde confluyan los ámbitos sanitario y social. ¿Qué necesidades de coordinación son necesarias para la construcción de este espacio sociosanitario? "Hay diversa y amplia literatura al respecto, pero me parece que las propuestas más interesantes son las que un informe dirigido al Parlamento vasco en abril de 2007 expone: propugna o recomienda necesidades de coordinación funcional en un nivel estratégico; coordinación organizativa, es decir, todo lo que tiene que ver con la colaboración institucional en diseño de estrategia de prestación de servicios, contratación, concertación, la colaboración interprofesional y, desde luego, la coordinación clínica, puesto que ello va a garantizar la continuidad y la coherencia de la atención prestada". Un resultado importante de esta coordinación es que nos estaríamos centrando en las necesidades del usuario, resaltó.

Algunas de las prestaciones que son necesarias para el desarrollo del espacio sociosanitario ya han sido reguladas o están reguladas en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, o en la ley de promoción de la autonomía. "Ahora deberíamos quizá focalizar los esfuerzos no tanto en crear más o definir más servicios, sino en garantizar la prestación en su conjunto".

M<sup>a</sup> Ángeles Tortosa, profesora titular del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Valencia, habló del proceso de colaboración entre los sectores público y privado en el ámbito sociosanitario y de las convivencias que existen entre estos dos procesos. "Tienen que coincidir los servicios sanitarios y sociales, pero se debe dar también la coincidencia del trabajo conjunto entre otros agentes que no sólo son aquellos que actúan en el ámbito del sector público, sino también los que están en el

ámbito privado. Desde el Ministerio de Sanidad se dice que este año la prioridad es la coordinación sanitaria. Yo añadiría que, dado el contexto en el que nos vamos a mover, la coordinación será un reto también el año que viene y posiblemente al otro, pero también hay que decir que esto es bastante complicado de poner en marcha". M<sup>a</sup> Ángeles Tortosa aclaró que cuando "hablo de colaboración público privada, no me voy a ceñir sólo al Estado y a las empresas, puesto que lo que voy a intentar hacerles entender es que hay también colaboración entre Estado y familia, Estado y ONGs, Estado, familias y ONGs, Estado, empresas y familia y, por supuesto, de los cuatro".

Por tanto, resaltó, se van a dar situaciones en las que habrá coordinación, sanitaria y social, pero al mismo tiempo lo que estará sucediendo es una combinación de agentes en la provisión, producción e incluso en la financiación de esos servicios.

"Estamos viviendo un momento en el que se nos está mostrando que las necesidades cambian, y que las necesidades actuales de la gente que tiene problemas de discapacidad y de dependencia tienen que ser integrales, personalizadas, continuadas y, si puede ser, como la mayoría desearía, que sean, en casa".

**Rosa Ruiz:**  
**"La articulación sociosanitaria en nuestro país ha constituido un deseo más que una realidad"**



nº 859. 7-13 de diciembre de 2009

*las jornadas*



**M<sup>a</sup> Ángeles Tortosa:**  
**“La coordinación es complicada, es un reto este año, lo será el que viene y, posiblemente, también el otro”**

Yo me congratulo de que haya planes como los de Extremadura, los de Andalucía, o los de Castilla-La Mancha. Me parece que estamos yendo por la vía que debemos ir”.

M<sup>a</sup> Ángeles Tortosa dijo que tenemos colaboración público-privada, pero es insuficiente. “Predomina, sobre todo, en el ámbito de la financiación, provisión y producción. Hay que mejorar la regulación en los casos de resultados, procesos y riesgos que deben fijarse en los contratos de colaboración. También hay que involucrar más en la colaboración a las ONGs y a la familia, más colaboración a niveles intermedios y a niveles pequeños, y en servicios que no sean básicos. Es decir, que no sea sólo ayuda a domicilio o residencias. También hay mucho que hacer en otros servicios más pequeños: homogeneizar reglamentaciones y métodos de colaboración entre las Comunidades Autónomas; implementar la figura del intermediario entre agentes, que está establecida en la ley de contratos del sector público, y obviamente, muy importante desde el punto de vista económico, las evaluaciones de las colaboraciones. “¿Cómo sabemos si funciona? ¿Hay costes o beneficios por colaborar? ¿Se genera más eficiencia, más equidad, más rentabilidad derivada de esos contratos? Y, por

último, la coordinación social y sanitaria. Contamos con recientes iniciativas que todavía no hemos valorado. Estas iniciativas están combinándose con variadas colaboraciones público y privadas. Debería haber más coordinación en actividades, sobre todo de regulación de cambios de comportamientos entre los agentes y, sobre todo, a nivel de las Comunidades Autónomas, convivencia entre coordinación público-privada y coordinación social y sanitaria, que existe ya, aunque lo que queremos y deseamos socialmente es que se amplíe y se mejore, siempre bajo el control y la supervisión que nos proporcionará, en este caso, la evaluación y la regulación pública”.

Ricard Barberá, investigador del ámbito de las personas mayores y atención a la dependencia del Instituto de Biomecánica de Valencia, contribuyó al debate desde la experiencia de su trabajo en un centro de investigación en temas relacionados con discapacidad, dependencia, personas mayores y tecnología en estos últimos diez años.

Barberá presentó el resultado de un estudio realizado con Cuida, una asociación empresarial surgida en el País Valenciano, que intenta formar un lobby para que se desarrollen políticas que faciliten el desarrollo de todo un sector relacionado con el bienestar y con la salud, donde se encontrarían desde empresas de ortopedia hasta empresas relacionadas con balnearios o gestión de residencias.

“¿Qué nos ha motivado a realizar el estudio que titulamos ‘El sistema estatal de atención socio sanitaria en el ámbito de la dependencia?’ Responder a la pregunta de cuál es la situación del modelo de atención socio sanitaria en el ámbito de la dependencia en el Estado español. ¿Se ha desarrollado con la aplicación de la Ley de la Dependencia este modelo? ¿Ha habido avances importantes? ¿Cómo se ha realizado en el resto de países? ¿Estamos inventando la pólvora? ¿Podemos compartir experiencias positivas en otros países? ¿Cuál es la situación actual en estos otros países? ¿Cuáles son las bases para realizar propuestas concretas dirigidas a desarrollar un mejor sistema de atención socio sanitaria orientado a la dependencia?”.

Toda la jornada, señaló, ha girado alrededor de coordinación, integración, colaboración, “y es evidente que existen todavía mu-

chas deficiencias, o que los servicios no están adaptados a las necesidades y demandas que nos están exigiendo los usuarios con dependencia y su entorno familiar, que es justamente el que está llevando la carga de esta atención socio sanitaria en estos momentos”. ¿Dónde va a ser más eficaz esta integración, colaboración, coordinación? ¿Va a ser a un nivel macro, a un nivel intermedio, a un nivel micro? En muchas ocasiones, la línea divisoria entre lo que debe ser la atención social y sanitaria es muy difusa y muy difícil de delimitar, indicó Barberá. “Esto, a veces, conlleva un vacío en la intervención o, al contrario, que tengamos personas que se conviertan en hiperfrecuentadoras o hiperdemandantes de los servicios sanitarios. Y si la coordinación socio sanitaria, educativa y laboral va en la línea de que la atención socio sanitaria tiene como principal objetivo garantizar la prestación de los servicios a las necesidades complejas, ¿no debería tenerse en cuenta también en los modelos de coordinación otros ámbitos donde la intervención pública, como es evidente, se da también como en lo laboral y la educación, para la prevención de la dependencia y la industria para la creación de nuevos productos y servicios puedan cubrir mejor estas necesidades complejas?” ●

**Ricard Barberá:**  
**“En muchas ocasiones, la línea divisoria entre lo que debe ser la atención social y la sanitaria es muy difusa”**





Observatorio  
estatal de la  
Discapacidad

