

# EL MÉDICO DE FAMILIA Y LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. ¿ENTELEQUIA O REALIDAD?

**MARÍA R. FERNÁNDEZ GARCÍA**

Médico de Familia y vicepresidenta de SemFyC  
(Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)

## SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN: EL MÉDICO DE FAMILIA. SU PAPEL EN EL SNS Y SUS VALORES.
2. EL MÉDICO DE FAMILIA Y LA CRONICIDAD.
3. TRABAJO INTERDISCIPLINAR. CONTINUIDAD ASISTENCIAL. UNA CLARA NECESIDAD DE ALIANZAS ENTRE PROFESIONALES E INSTITUCIONES.
4. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. ¿PODEMOS MEJORARLA?
5. DIFICULTADES Y RETOS FUTUROS.
6. BIBLIOGRAFÍA.

## PALABRAS CLAVE

*Médico de familia. Coordinación sociosanitaria. Atención integral. Trabajo en equipos interdisciplinarios. Estrategia cronicidad. Continuidad de los cuidados.*

## RESUMEN

*La falta de coordinación entre niveles de atención sanitaria (Atención Primaria-Atención Especializada) y entre el sistema sanitario y social es uno de los principales condicionantes de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles y conduce a que los servicios no se presten en el nivel más adecuado y por el profesional más idóneo.*

*Así pues, la coordinación sociosanitaria ha de colocar a la persona en el centro del sistema, con una visión única que integre y valore en cada momento sus necesidades sociales y sanitarias y que garantice la continuidad del servicio prestado por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones sanitarias y sociales competentes, quienes deberán establecer los mecanismos necesarios para que dicha coordinación sea efectiva. La Atención Primaria tiene la capacidad y la responsabilidad de coordinar una respuesta integral en todos los niveles.*

## KEYWORDS

*Family doctor. Health and social care coordination. Comprehensive care. Work in interdisciplinary teams. Chronicity strategy. Continuity of care.*

## ABSTRACT

*The lack of coordination between levels of health care (Primary-Care Specialty Care) and between the health system and the social system is one of the major drivers of inefficiency in the supply, development and management of available resources and leads to services not being provided at the most appropriate level and by the most suitable professionals.*

*Thus, health and social care coordination must place the person in the centre of the system, with a unique vision that includes and assesses their social and health needs at all times and to ensure the continuity of the service provided by the health and social services through adequate coordination between the relevant health and social authorities, who must establish the necessary mechanisms for such coordination to be effective. Primary Care has the capacity and responsibility to coordinate a comprehensive response at all levels.*

## 1. INTRODUCCIÓN: EL MÉDICO DE FAMILIA. SU PAPEL EN EL SNS Y SUS VALORES.<sup>2</sup>

La especialidad de medicina de familia fue creada, en España, el año 1978 con la intención de mejorar la atención a la salud de los usuarios de la Sanidad Pública del Sistema Nacional de Salud. Necesitábamos entonces un cambio en los profesionales de la medicina más cercanos a las personas, su familia y su entorno comunitario. Necesitábamos, como médicos de familia, ejercer una medicina más accesible, más humana, más integral, más eficiente y de mayor nivel científico-técnico. Por estas razones principales, se hizo realidad la puesta en marcha de una formación específica para trabajar como especialistas en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

Los contenidos, organización, estructura y recursos para la formación y el desarrollo de nuestra especialidad han ido variando a lo largo del tiempo, adaptándose a las necesidades cambiantes que ha demandado el propio desarrollo de la especialidad y, principalmente, los importantes cambios sociales acaecidos, a los que es necesario responder de forma permanente.

La Medicina de Familia ejerce un importante papel en el sistema sanitario dado el impacto que genera nuestra correcta actuación sobre los niveles de salud de las personas, sus familias y la comunidad donde viven.

Su desarrollo en el ámbito de la Atención Primaria de Salud ha favorecido la adquisición de actitudes y aptitudes para valorar y aprender a manejar la globalidad e integralidad de la atención, la tolerancia a la incertidumbre, la adaptación a los cambios y a la limitación de

recursos, así como otras competencias esenciales, al margen de las competencias clínicas requeridas clásicamente para el ejercicio de la medicina.

Las nuevas demandas en salud de la sociedad civil derivadas de los profundos cambios y nuevos fenómenos que en la misma se están produciendo, no pueden ser ajenas al médico de familia y frente a ellas, además de mejorar de forma continua la calidad de la atención que asegure una respuesta adecuada a los servicios que se le requieren, los médicos de familia deben potenciar los valores que legitiman su papel en la sociedad.

### Compromiso con las personas.

El ciudadano es el protagonista de la atención que presta el médico de familia, sus actuaciones por encima de cualquier otro interés están encaminadas a la mejora y mantenimiento de su salud. El mejor médico de familia es aquel que más colabora en conseguir unos buenos resultados en la salud del colectivo al que atiende.

Respetar la autonomía del ciudadano no es sólo un deber ético, sino un objetivo de salud. El médico de familia facilita la información necesaria para que el propio paciente decida, con su colaboración, el curso de la atención que prefiere. A este respecto, la promoción de la autonomía del paciente para autocuidarse es, en sí misma, un objetivo de salud esencial.

Al médico de familia le importa cada persona en su conjunto y a lo largo de toda su vida, atiende a personas con unos determinados problemas y creencias, inmersas en un contexto familiar y social que constituye un todo

indivisible que también es objeto de su quehacer diario.

### Compromiso social.

El médico de familia, en su función de puerta de entrada al sistema sanitario, adquiere un compromiso social en el uso eficiente de los recursos sanitarios y en evitar activamente la discriminación en el acceso a los servicios de salud.

Como profesional que trabaja en el primer nivel de atención, el médico de familia debe asegurar una atención rápida a los ciudadanos que lo precisen, evitando la creación de barreras que dificulten el acceso a sus servicios o que favorezcan el acceso directo de los mismos a otros servicios más especializados.

El médico de familia conoce la relevancia de su papel dentro del sistema sanitario porque sabe la influencia que tienen en la salud los factores sociales y económicos y por ello detecta y colabora en la mejora de las condiciones de vida de la población a la que atiende.

Además de estos dos valores, existen otros como:

- compromiso con la mejora continua,
- compromiso con la propia especialidad y la formación de nuevos profesionales,
- compromiso ético y
- compromiso con el ámbito social y comunitario.

Pero son los dos primeros los que más relevancia tendrán para el tema que nos compete, si bien todos ellos son fundamentales a la hora de hablar de un buen médico de familia.

## 2. EL MÉDICO DE FAMILIA Y LA CRONICIDAD.<sup>3-4,13-15,17,21-22</sup>

Durante los últimos años se han ido produciendo importantes cambios demográficos en todo el mundo. En la Unión Europea el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará de un 16,1% en 2000 a un 27,5% en 2050. España, junto a Italia y Japón, encabeza este proceso de envejecimiento a nivel mundial estimándose que para esas fechas cerca del 35% de nuestra población superará los 65 años. La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020 y que hacia 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades crónicas en mayores de 65 años.

La Encuesta Nacional de Salud Española de 2006 ya evidenció una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas en las personas entre 65 y 74 años de edad, alcanzando un promedio de 3,23 enfermedades crónicas en los mayores de 75 años.

Las personas con múltiples enfermedades crónicas representan más del 50% de la población con enfermedades crónicas. Los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 respecto a los que no tienen ninguna o solo tienen una. Una muestra de ello es que, en la actualidad, dos tercios del gasto sanitario de algunas organizaciones está motivado por los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas multiplicando estos pacientes por 17 el gasto sanitario y por 25 el gasto hospitalario. Si este problema no se aborda adecuadamente, no solo consumirá la mayor parte de recursos de los sistemas

sanitarios, sino que puede llegar a cuestionar la sostenibilidad de nuestro actual sistema de salud.

El patrón de enfermedades está cambiando pero los sistemas de atención a la salud no están evolucionando al mismo ritmo. Durante los últimos años han surgido en varios países distintos abordajes frente al problema de la "cronicidad". El enfoque más destacado es el Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas o Chronic Care Model (CCM) iniciado, hace más de 20 años, por Edward Wagner y asociados en el Mac-Coll Institute for Healthcare Innovation de Seattle (EE.UU.) y del que existen evidencias de mejora de resultados en salud implantando las intervenciones de todos los elementos que lo componen de forma simultánea.

En este modelo se identifican seis áreas claves: la comunidad, el apoyo en autocuidado, el sistema sanitario, el diseño de la provisión de servicios, el apoyo en la toma de decisiones y los sistemas de información clínica. La atención a pacientes crónicos discurre en tres planos que se superponen:

- a. el conjunto de la comunidad, con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados;
- b. el sistema de salud, con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento y
- c. el nivel de la práctica clínica.

Todo ello ha de expresarse en la atención sanitaria cotidiana permitiendo la generación de interacciones productivas entre un paciente informado, activo y comprometido con un equipo práctico, preparado y proactivo.

Este modelo, orientado a mejorar la atención a los pacientes crónicos, ha sido utilizado y

adaptado en diferentes países y por numerosas organizaciones, incluida la Organización Mundial de la Salud que ha denominado a su adaptación "Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas", The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC). El ICCC incorpora un enfoque poblacional, la coordinación e integración de cuidados, énfasis en la prevención, en la calidad de la atención, la flexibilidad y la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Pues bien, el médico de familia y la atención primaria (AP), entorno de trabajo del mismo, lleva trabajando con este enfoque mucho tiempo, si bien es el momento de establecer cambios, en la manera de relacionarse los distintos actores implicados en la cronicidad, en los modelos de gestión clínica, crear alianzas con otros profesionales y niveles...

Diversos estudios han demostrado que los países con una AP más consolidada tienen menos costes y generalmente poblaciones más sanas según distintos indicadores, así como menores desigualdades en relación con la salud de sus poblaciones. Gracias a diferentes autores, como Barbara Starfield o Vicente Ortún, entre otros, sabemos que la contribución del primer nivel a la «fortaleza» del sistema no depende exclusivamente de su existencia como mero filtro.

La AP tiene la capacidad y la responsabilidad de coordinar una respuesta integral en todos los niveles. Decide en qué lugar del sistema sanitario debe realizarse la atención a un problema de salud, ofreciendo una respuesta a las expectativas y necesidades de las personas, considerando todos los riesgos y un extenso rango de patologías e intervenciones

sanitarias. Pero para ser efectiva y eficiente en esa labor, el médico de familia debe desarrollar adecuadamente al menos cuatro atributos claves: la **accesibilidad**, la **longitudinalidad** (atención regular a lo largo de toda la biografía del sujeto), la **integralidad de cuidados** (el catálogo y la calidad de los servicios) y la máxima **coordinación de la atención**, tanto a nivel primario como en el nivel hospitalario. La coordinación, por lo demás, supone una armonía en las acciones comunes, la disponibilidad de información acerca de los problemas y los servicios ofrecidos y es esencial para lograr la integralidad de la atención y la consecución de los demás componentes. Las innovaciones que logren potenciar estos atributos fortalecerán la AP y el conjunto del sistema.

Los médicos de familia siempre han atendido a personas con problemas de salud crónicos, por ello nuestra aportación en este campo es «ser médicos de personas» y no solo de enfermedades.

Además de disponer de herramientas específicas que permiten el paso de lo biomédico a lo biopsicosocial, este abordaje integral permite detectar déficits de apoyo social y, en coordinación con otros miembros del equipo, como los profesionales de enfermería o trabajador social, movilizar los recursos comunitarios necesarios para la adecuada atención de las personas con problemas de salud crónicos.

### **3. TRABAJO INTERDISCIPLINAR. CONTINUIDAD ASISTENCIAL. UNA CLARA NECESIDAD DE ALIANZAS ENTRE PROFESIONALES E INSTITUCIONES.** <sup>5-8,18</sup>

El médico de familia, por el contenido de sus competencias y por su relación continuada con

las personas a su cargo (cupó), es el profesional con la máxima capacidad para atender (valorar, comprender, integrar) los problemas de salud de la población. Pero este enfoque clínico integral, centrado en las personas e integrado en un equipo multidisciplinar, hace necesario el establecimiento de alianzas con otros agentes del entorno del paciente, como por ejemplo los que brindan apoyo social informal (familia, amigos, grupos de autoayuda).

Igualmente resulta necesaria la alianza entre los proveedores de cuidados formales de los ámbitos sanitario y sociosanitario (ayuda a domicilio, escuela de pacientes, paciente experto) y de los diferentes ámbitos de atención (ingresos en unidades hospitalarias de una estancia corta de 1-2 días, para estabilizar descompensaciones de los procesos agudos, facilitar en consultas de alta resolución interconsultas que requieren realización de distintas pruebas complementarias). De esta forma se podría evitar la actual fragmentación asistencial y lograr que la misma sea adecuadamente coordinada.

Tanto por la necesidad de dar respuestas de calidad a las necesidades de salud de las personas con problemas crónicos, como por que dichas respuestas estén adecuadamente coordinadas, resulta necesario establecer múltiples alianzas:

- Alianza con el paciente: es la más inmediata y parte inseparable de un método clínico centrado en la persona.
- Alianzas con la red social más próxima al paciente: ésta suele ser la familia, que es a su vez el recurso con el que suelen contar las personas para dotarse de los cuidados básicos en el domicilio. Para establecer esta alianza,

será necesario que el médico de familia despliegue sus competencias en la valoración e intervención en el ámbito familiar y en la realización de una práctica clínica con un enfoque contextual, para lo cual deberá contar con los recursos adecuados (el sistema de registro, uso de genograma, cuestionarios de apoyo social, cuestionarios de valoración de capacidad).

- Alianzas dentro del mismo nivel asistencial: el despliegue de alianzas necesita una adecuada configuración y funcionamiento de los equipos de AP, para lo que será necesaria la existencia de responsabilidades y roles bien definidos, la generación de espacios e instrumentos para la cooperación y de un liderazgo clínico.

- Otro elemento canalizador de estas alianzas intraequipo es la implantación, en los equipos liderados, de sistemas de gestión clínica poblacional que permitan incorporar la equidad en las estrategias de priorización y de decisión asistencial.

- Alianzas con el espacio social y sociosanitario: los recursos comunitarios deben estar a disposición de los más necesitados y el sistema sanitario debe ser capaz de establecer ese vínculo entre una determinada necesidad y el recurso existente. Una alianza a este nivel pasa por una mayor conexión de los Equipos de Atención Primaria (EAP) con los recursos sociosanitarios municipales, espacio en el que de modo más frecuente se gestionan esos recursos, sin olvidar otros recursos existentes en las zonas como asociaciones de pacientes, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG).

- Alianzas con el nivel hospitalario: son de gran relevancia porque favorecen la continuidad y la calidad asistencial y disminuyen la atención extemporánea, el número de errores y la iatrogenia. A nivel de profesionales, dichas alianzas deben permitir al médico de familia no perder el control o la influencia sobre la toma de decisiones con sus pacientes, para lo cual se deben de promover cauces de cooperación compartiendo procesos asistenciales siempre centrados en el paciente y no en los ámbitos asistenciales. En otro plano, la Medicina de Familia, como organización profesional, deberá establecer cauces de diálogo y colaboración con aquellas especialidades que atienden a un mayor número de pacientes complejos, multimórbidos y crónicos, como son, en el área médica, medicina interna, geriatría, oncología, cardiología, neurología, neumología, nefrología, reumatología y, por supuesto, salud mental, y en el área quirúrgica: traumatología, cirugía vascular, cirugía general y, en menor medida, neurocirugía.

#### 4. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. ¿PODEMOS MEJORARLA? <sup>1,3,9-12,19-20</sup>

La atención sociosanitaria en España fue definida en la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud y se refiere a ella como *“aquella que comprende el 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, señalando que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través*

*de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes”.*

En la actualidad, la **fragmentación entre los diferentes niveles o ámbitos asistenciales de los servicios sanitarios y la mejorable coordinación entre estos y los servicios sociales** dificulta la óptima atención a las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico. Es necesario, por ello, desarrollar instrumentos y cauces de coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales con el objetivo de lograr, de forma progresiva, una atención integral de los problemas crónicos de salud.

La oferta de recursos socio-sanitarios en la actualidad que den respuesta a los pacientes crónicos y en situaciones de alto riesgo y/o complejidad, según la clasificación del Kaiser Permanente, se caracteriza primordialmente por la escasez, especialmente desde los servicios sociales, cuyo desarrollo está todavía lejos de alcanzar índices de cobertura o intensidad deseables. Pero además, en muchas ocasiones, no responde a criterios de eficacia y eficiencia, ofreciéndose descoordinadamente y generando duplicidades en unos casos, y graves desatenciones en otros.

Se impone, por tanto, una reorganización en los sistemas de gestión y provisión de servicios, que garantice una atención eficaz de los espacios sociosanitarios, en los que la frontera de uno y otro sistema aparece cada vez más difuminada. El abordaje de una correcta atención socio-sanitaria, pasa por el establecimiento de acuerdos políticos y técnicos para la puesta en marcha de estrategias de coordinación y colaboración, basados en los siguientes criterios conceptuales:

#### **Convergencia:**

Entre los servicios sociales y sanitarios, que tradicionalmente, han desarrollado sus actividades de forma paralela, sin lograr el ineludible encuentro que las necesidades de atención imponen. Pero además, los servicios sociosanitarios deben posibilitar la convergencia con el sistema de apoyo informal, de tal forma que desde los primeros se ofrezcan programas de intervención y servicios de respiro a los cuidadores informales, haciendo así más llevadera la difícil tarea que, bien por la voluntad propia o por imposición en otros casos, se ven obligados a afrontar.

#### **Diversificación:**

Es necesario ofertar a las personas dependientes, una amplia gama de servicios, la mayoría complementarios entre sí y de carácter comunitario, posibilitando así su capacidad de elección y, al mismo tiempo, eliminando las presiones inadecuadas sobre aquellos que ofrecen menos resistencia en su acceso.

#### **Complementariedad:**

Entre todos los implicados en la atención: administraciones públicas, central, autonómica y local, sistema sanitario y social, iniciativa privada, O.N.G.s y sector informal.

#### **Interdisciplinariedad:**

La participación de diferentes disciplinas en la provisión de servicios debe intentar superar la mera yuxtaposición de intervenciones profesionales para ofrecer un producto diferente, de carácter global, enriquecido por todas las aportaciones de cada especialidad, y que haga



posible un acercamiento integral en la solución de las situaciones de necesidad.

Así pues, el sector sanitario y el social deberían analizar conjuntamente la problemática de los diferentes grupos de enfermedad crónica y dependencia y confrontar la necesidad teórica de recursos, con la que se esté prestando en cada momento. Una planificación conjunta permitirá una oferta más equitativa y eficiente de recursos y servicios.

Un aspecto relevante ante una propuesta de mejora en lo que a la coordinación sociosanitaria se refiere serán **los instrumentos para la gestión del proceso de coordinación sociosanitaria**. La entrada de la persona en el circuito de atención sociosanitario viene condicionada por la presencia de una patología o limitación funcional que requiere una atención específica. La confluencia de factores sociales genera una necesidad de actuación coordinada para facilitar la atención correcta y completa al paciente.

La derivación de la persona a los recursos asistenciales podrá ser activada tanto desde el hospital de agudos, como desde la atención primaria **y/o** desde los servicios sociales comunitarios especializados. Una vez definida la ubicación, los profesionales del nivel de destino se convertirán en responsables del caso y tomarán decisiones de reubicación de forma autónoma dentro del circuito sociosanitario, al igual que ocurre en otros niveles asistenciales.

Durante todo el proceso resulta esencial que se produzca una adecuada transmisión de la información de un nivel a otro, con equipos interdisciplinarios que recogerán la información básica a nivel clínico, funcional, social, para una correcta toma de decisiones que garanti-

cen la continuidad asistencial.

Para dar respuesta a dichos retos, se deberá de constituir la figura de la **Comisión sociosanitaria** en la que estarán representados el/a médico/a, la enfermera/o de familia, y el/a trabajador/a social del centro de salud o municipal. La **Comisión sociosanitaria** constituye el instrumento de enlace entre ambos sectores, atribuyéndole la competencia de asignación del recurso correspondiente. **Para seguimiento de las personas en su entorno, la Unidad de Atención Familiar (UAF) compuesta por el/a médico/a y la enfermera/o de familia, esta capacitada para gestionar la atención y cuidados de sus pacientes, y que junto al/a trabajador/a social, van a movilizar el apoyo necesario de la red social próxima al paciente. Para ello es fundamental dotar al equipo de atención primaria de un recurso fundamental: el tiempo.**

Por lo tanto, el domicilio del paciente será el lugar idóneo donde la continuidad asistencial, la coordinación sociosanitaria y la atención integral deben hacerse realidad. Es fundamental implicar al cuidador principal, sea formal o informal, y al resto de la familia. No debemos ser sustituidos por equipos o profesionales de soporte, enlaces u hospitalarios que fragmenten la continuidad de la atención, y para ello se debe mantener un modelo organizativo básico dentro de los EAP, con una efectiva atención compartida entre el personal médico y el de enfermería de la UAF, tiempo real para realizar este servicio en condiciones de igualdad con los otros, mecanismos de incentivación en función de los ingresos evitados, avisos a demanda evitados y resultados en calidad de vida.

También el domicilio se configura como un espacio futuro de desarrollo de la telemedicina,

y en ese sentido ya existen múltiples experiencias, en aras de mejorar el seguimiento y la seguridad, evitar ingresos potencialmente evitables y retrasar institucionalizaciones.

Y dentro de la mejora de la coordinación socio-sanitaria, se deben revisar las relaciones con el servicio de teleasistencia ampliamente extendido y bien valorado por sus usuarios. Dado que la composición de los equipos de teleasistencia es muy variada, para evitar generar un incremento no justificado de visitas, es necesario establecer un sistema de comunicación entre los responsables de teleasistencia y los profesionales que habitualmente atienden al paciente (médico y enfermero de AP), cuando éste cuenta con un seguimiento adecuado por parte de su enfermera y médico de familia.

Debe tenerse especial cuidado en que estas nuevas formas de atención basadas en la tecnología sirvan para mantener una mayor comunicación con el paciente y un mejor seguimiento, pero sin perjuicio del contacto personal cuando sea necesario, y en este sentido la visita domiciliaria debe seguir siendo un elemento clave en la atención a estos pacientes.

## 5. DIFICULTADES Y RETOS FUTUROS.<sup>11</sup>

- La primera y más importante, es la escasa oferta de recursos socio-sanitarios que impiden que sean atendidas todas las personas que lo necesitan.
- Existe demasiada centralización en la toma de decisiones y en consecuencia escasa capacidad de autogestión de las Comisiones Socio-Sanitarias. El modelo de atención al anciano, y de otras personas con pérdidas de autonomía debe respetar los valores fundamentales

de cobertura universal y responsabilidad pública de la provisión de servicios, permitiendo su organización y gestión a nivel local.

- Es necesario abordar el sistema de atención a las personas que necesiten institucionalización por causas socio-sanitarias, poniendo en marcha fórmulas de gestión y financiación conjuntas.
- La implicación de ONGs, asociaciones de familiares y otras redes de apoyo informal, y de la iniciativa privada, es indispensable para el buen funcionamiento de la atención socio-sanitaria.
- Los modelos de coordinación socio-sanitaria tienen todavía poca implantación entre los profesionales socio sanitarios y los usuarios.
- Por último, se está avanzando en la implantación de un modelo conceptual de atención que supone un cambio radical en la manera de entender la intervención con personas mayores y grandes discapacitados. Es necesario superar esa especie de cultura de la derivación/expulsión entre los servicios sociales y sanitarios que, quizás por razones de escasez de recursos y a veces por falta de motivación, está profundamente arraigada entre los profesionales de los mismos, para asumir y desarrollar una cultura de la atención integral allí donde se presente el estado de necesidad.

## 6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Documento base para una Atención Integral Sociosanitaria. IMSERSO, 2015.

2. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en: [www.semfy.com](http://www.semfy.com)

3. Estrategia Nacional para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad. Octubre, 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/abordajecronicidad.htm>

4. Documento de consenso. Conferencia Nacional para el paciente con enfermedades crónicas. SEMI-SemFYC. Sevilla, 2011.

5. Problemas de salud crónicos: nuevas orientaciones, nuevas estrategias. Bailón Muñoz E., Fernández García M., García Ribes M., Minué Lorenzo S., Orozco Beltrán D., Regato Pajares P., Sánchez Molla M., Sueiro Justel J., Vázquez Díaz J.R. Documento semFYC nº 32, Barcelona, 2013.

6. Starfield B. Point: the changing nature of disease: implications for health services. *Med Care*. 2011 Nov; 49(11):971-2. PubMed PMID: 22002639.

7. Nasmith L., Ballem P. Transforming Care for Canadians with Chronic Health Conditions: Put People First, Expect the Best, Manage for Results—Appendices. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Academy of Health Sciences; 2010. Disponible en: <http://www.cahs.acss.ca/wpcontent/uploads/2011/09/cdm-final-English.pdf>

8. De Jonge P., Huyse F.J., Stiefel F.C. Case and care complexity in the medically ill. *Med Clin North Am*. 2006 Jul; 90(4):679-92. Review. PubMed PMID: 16843768.

9. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012. Disponible en: <http://iv.congresocronicos.org/publicaciones/>

10. Ollero M., Orozco D., Domingo C., Román P., López A., Melguizo M. et al. Documento de consenso de atención al paciente con enfermedades crónicas. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Con la revisión de las gerencias de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas y de grupos de expertos nacionales e internacionales. Disponible en: <http://www.opimec.org/equipos/comite-conferencia-cronicos/documentos/1577>

11. Regato P., Sancho M.T. La coordinación sociosanitaria como eje de actuación en la comunidad. En: Contel J.C., Gené J., Peya M., editores. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Ediciones Springer-Verlag, 1999.

12. Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Bruselas, 05.12.2001. COM (2001) 723 final.

13. World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database.

<http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>

14. World Population Ageing, 1950-2050, (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.02.XIII.3) y World Population Ageing, 2007 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.07.XIII.5).

15. Ministerio de Sanidad y Consumo. INE. Encuesta nacional de salud. 2006.

16. Chan M. Return to Alma-Ata. Lancet. 2008 Sep 13; 372 (9642): 865-6.

17. Gérvas J., Pérez Fernández M. Modelo de Atención a Crónicos (Chronic Care Model) y otras iniciativas de mejora de la calidad de la atención a los pacientes crónicos. AMF. 2009; 5:35664.

18. Bodenheimer T., I Berry-Millett R. Center for Excellence in Primary Care, Department of Family and Community Medicine, University of California, San Francisco RESEARCH SYNTHESIS REPORT NO. 19. DECEMBER, 2009.

19. Katie Coleman, Brian T. Austin, Cindy Brach and Edward H. Wagner. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium, Health Affairs, 28, no. 1 (2009).

20. Contel J.C., Muntané B., Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Atención Primaria. 2012 Feb; 44(2):107-13.doi: 10.1016/j.aprim.2011.01.013. Epub 2011 Jun 1.

21. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003. Jefatura del Estado.

22. Consejo Asesor de Sanidad. (2013). "Coordinación y Atención Sociosanitaria. Informe". Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.