

# COORDINACIÓN sociosanitaria

ACTAS

## COLABORAN:

Fernando Fantova Azcoaga, Jacobo Cendra López, Alberto Alemany Carrasco, Mercedes Hernández Núñez-Polo, Arturo Álvarez Rosete, Lucía Martínez Martín, Manuel Cid Gala, Miguel Simón Expósito, Beatriz Martín Morgado, Manuela Rubio González, Paz Vitores Picón, Olga Campelo Moreno, Inmaculada García Ferradal, José Enrique Villares Rodríguez, Eduardo Balbo Ambrosolio, Oihana Guridi Garitaonandia, José Diéguez Gómez, José Manuel Carrascosa Bernaldez, Rafael Gómez García

**Caser**  
FUNDACIÓN

18

nov

2016

año VI

Diseño: Los Ángeles D.C.  
Depósito Legal: M-9549-2011  
ISSN: 2529-8240

Esta publicación no podrá reproducirse ni total ni parcialmente  
sin expresa autorización de la Fundación Caser.

Queridos lectores:

En el número de marzo de 2016 (núm. 16) de Actas, establecimos como uno de nuestros propósitos de este año reequilibrar las contribuciones a la revista entre los sectores sanitario y social, tras un 2015 donde habíamos puesto el acento en una perspectiva más sanitaria a una revista previamente centrada en la dependencia. Así, en 2016, hemos traído a estas páginas preocupaciones más típicamente sociales, como la exclusión social, la ruralidad o el diagnóstico social. Pero, igualmente, hemos dado voz a las preocupaciones más sanitarias, como las de la medicina de familia, las de los pacientes pediátricos con enfermedades crónicas complejas o las necesidades sanitarias de los mayores en residencias. Nos hemos enriquecido con la aportación de uno de los colectivos que refleja la intersectorialidad en su propio nombre: el colectivo de Trabajadores Sociales en Salud. Y hemos levantado acta de la fabulosa oportunidad que hemos tenido para relanzar la agenda de la coordinación sociosanitaria en España: la celebración en Barcelona en el mes de mayo de la 16 Conferencia Internacional de Atención Integrada (ICIC16, por sus siglas en inglés).

Este tercer número de 2016, correspondiente al mes de noviembre, persiste en la búsqueda de este mismo equilibrio de posturas y acentos. Comienza con un artículo de Fernando Fantova que apuesta por la relación intersectorial de unos (nuevos y diferentes) servicios sociales con otros sectores o pilares del sistema de bienestar, como educación, sanidad, empleo, vivienda o garantía de ingresos. Pero la clave, para el autor, es que la coordinación se aporte con unos servicios sociales conscientes de su verdadero objeto: la interacción social, entendida como autonomía funcional e integración relacional. Y esa autoconciencia es, sin duda, la mejor barrera contra “falsos atajos de subordinación de unos ámbitos a otros, o con la deconstrucción de algunas ramas o pilares del bienestar”.

El segundo artículo, que presenta el trabajo de la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual de la Fundación Carmen Pardo-Valcarce, nos lleva a pensar más allá de la mera relación sanidad y servicios sociales. Garantizar sus derechos a las personas con discapacidad intelectual víctimas de abuso exige protocolos acordados entre agentes policiales, judiciales, sanitarios, etc., nuevos roles profesionales (facilitadores) y, ante todo, la sensibilidad y capacidad de adaptación de cada profesional que tenga delante una víctima con discapacidad intelectual.

El artículo de Álvarez y Martínez recoge de forma minuciosa las declaraciones programáticas sobre la necesidad de coordinación intersectorial entre servicios sanitarios, sociales y otros sectores que se han venido proclamando en España en las últimas cuatro décadas. La lista es un ejercicio del mismo equilibrio entre enfoques que hemos buscado en la revista Actas este año. Lo más importante es quizá la conclusión del artículo: la constatación de que ya tenemos suficientes declaraciones y desde múltiples sectores y posiciones y que lo que posiblemente quede por hacer es dar el paso definitivo y forjar un gran pacto transversal intersectorial que dé cobertura e impulso a las múltiples iniciativas que a nivel local y regional ya se están poniendo en marcha en España.

Como muestra de estas múltiples iniciativas que ya florecen en nuestro país, este número de Actas de Coordinación Sociosanitaria aporta dos experiencias del ámbito sanitario. Una, desarrollada en el municipio madrileño de Leganés, de coordinación entre atención primaria y de salud mental para la atención a personas con trastornos leves o moderados relacionados con la salud mental. La otra presenta la Fundación CUDECA, un centro especializado en cuidados paliativos, que persigue “añadir vida a los días”, mediante la atención integral de las personas que están al final de la vida y a sus familias, con los elementos que reconocemos en la literatura sobre atención integrada: valoración holística de las necesidades de las personas y sus familias, importancia del domicilio como centro clave de cuidados, atención coordinada entre un equipo multidisciplinar de profesionales, procesos asistenciales protocolizados y acordados con el sistema público, etc.

Constatamos que las iniciativas locales están gestándose en un ambiente regional propicio, que muestra liderazgo político, estructuras de gobierno facilitador, visión a largo plazo, etc. Si en los números anteriores trajimos la experiencia y la perspectiva del País Vasco, de Andalucía y de Cataluña, este número de Actas presenta la determinación de la Comunidad Autónoma de Extremadura por recuperar el impulso que supuso en su día el Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura 2005-2010 y por apostar por modelos de atención sociosanitaria que vayan más allá de la puesta en marcha de prestaciones sanitarias destinadas a la atención de personas con enfermedades crónicas.

En definitiva, les invito a disfrutar de este número 18 de Actas de Coordinación Sociosanitaria. Viendo en conjunto los artículos de todo el 2016, los objetivos que nos marcamos al principio del año han sido – por el número, variedad y la altísima calidad de las aportaciones – satisfactoriamente conseguidos.

Emilio Herrera Molina

#### CONSEJO DE REDACCIÓN

Juan Sitges Breiter  
 Ángel Expósito Mora  
 Amando de Miguel Rodríguez  
 Julio Sánchez Fierro  
 Gregorio Rodríguez Cabrero  
 Antonio Jiménez Lara  
 Pablo Cobo Gálvez  
 Emilio Herrera Molina

#### DIRECCIÓN DE LA REVISTA

Emilio Herrera Molina

#### SECRETARÍA DE LA REVISTA

Ana Artacho Larrauri

- /7** SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN INTEGRADA.  
**FERNANDO FANTOVA AZCOAGA**  
Consultor Social.
- /21** ABUSO Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL: LA NECESIDAD DE UN TRABAJO EN RED.  
**JACOBO CENDRA LÓPEZ**  
**ALBERTO ALEMANY CARRASCO**  
**MERCEDES HERNÁNDEZ NÚÑEZ-POLO**  
Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual.  
Fundación Carmen Pardo-Valcarce.
- /33** LA ATENCIÓN INTEGRADA EN ESPAÑA -TRES DÉCADAS DE BUENAS INTENCIONES (Y ALGÚN QUE OTRO SILENCIO).  
**ARTURO ÁLVAREZ ROSETE**  
**LUCÍA MARTÍNEZ MARTÍN**  
OMIS - New Health Foundation.
- /49** ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EXTREMADURA. MÁS ALLÁ DE LA CRONICIDAD.  
**MANUEL CID GALA**  
**MIGUEL SIMÓN EXPÓSITO**  
Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD).  
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.  
**BEATRIZ MARTÍN MORGADO**  
**MANUELA RUBIO GONZÁLEZ**  
Dirección General de Asistencia Sanitaria (Servicio Extremeño de Salud).  
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

## **/63** CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE LEGANÉS.

**PAZ VITORES PICÓN**

**OLGA CAMPELO MORENO**

**INMACULADA GARCÍA FERRADAL**

**JOSÉ ENRIQUE VILLARES RODRÍGUEZ**

Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Servicio Madrileño de Salud.

**EDUARDO BALBO AMBROSOLIO**

**OIHANA GURIDI GARITAONANDIA**

**JOSÉ DIÉGUEZ GÓMEZ**

**JOSÉ MANUEL CARRASCOSA BERNALDEZ**

Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain.

Servicio Madrileño de Salud.

## **/75** EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE FUNDACIÓN CUDECA: UNA EXPERIENCIA LIGADA A LA NECESIDAD.

**RAFAEL GÓMEZ GARCÍA**

Responsable asistencial. Fundación CUDECA.

## **/89** ACTUALIDAD.

# SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN INTEGRADA.

**FERNANDO FANTOVA AZCOAGA**  
Consultor Social.

## SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.
2. LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA.
3. ¿HACIA UN NUEVO MODELO DE SERVICIOS SOCIALES?
4. EL OBJETO Y LA ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES.
5. LAS RELACIONES INTERSECTORIALES Y LA ATENCIÓN INTEGRADA.
6. CONCLUSIÓN.
7. BIBLIOGRAFÍA.

## PALABRAS CLAVE

Servicios Sociales; interacción; diferenciación sectorial; integración intersectorial; sistema de bienestar.

## RESUMEN

Partiendo de una lectura de la actual situación de los servicios sociales (en el contexto del conjunto del sistema de bienestar) en España y de los retos que tienen ante sí, se plantea una propuesta de diferenciación sectorial de los servicios sociales y de integración intersectorial de éstos con otros ámbitos, sectores o pilares de la acción pro bienestar, como el sanitario, intentando fundamentar y argumentar en qué medida y en qué sentido un nuevo modelo de servicios sociales (dedicados a promover y proteger la interacción de todas las personas) y una atención integrada efectiva y sostenible (entre servicios sociales y sanidad y también entre estos y otros sectores) se alimentan mutuamente y, a la vez, resultan necesarias en el contexto actual que la nueva complejidad social convierte en crecientemente obsoletos los servicios sociales residuales e inespecíficos y el modelo de bienestar correspondiente.

## KEYWORDS

Social services; interaction; sector differentiation; intersectoral integration; welfare system.

## ABSTRACT

Based on an interpretation of the current situation of social services (in the context of the whole of the welfare system) in Spain and the challenges facing them, a proposal is made for sector differentiation of social services and their intersectoral integration with other areas, sectors or pillars of welfare action, such as health, trying to lay the foundations and argue to what extent and in what sense a new model of social services (dedicated to promoting and protecting the interaction of all people) and effective and sustainable integrated care (between social services and health and also between these and other sectors) feed one another reciprocally. At the same time, it is necessary in the current context for the new social complexity to make residual and non-specific social services and the corresponding welfare model increasingly obsolete.



## 1. INTRODUCCIÓN.

Partiendo de una lectura sucinta de la actual situación de los servicios sociales (en el contexto del conjunto del sistema de bienestar) en España y de los retos que tienen ante sí, se plantea una propuesta (esperamos que fundamentada) de diferenciación sectorial de los servicios sociales y de integración intersectorial de éstos con otros ámbitos, sectores o pilares de la acción pro bienestar, como el sanitario. Nos apoyaremos en el contacto y conocimiento experiencial directo e interactivo de diversas realidades y agentes en los servicios sociales españoles (y otros), en el trabajo personal de sistematización realizado para la preparación de un libro (Fantova, 2014) y en una revisión de bibliografía actualizada de referencia<sup>1</sup>.

## 2. LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA.

Cuando hablamos en España de servicios sociales, la referencia principal, sin duda, son las leyes autonómicas sobre la materia (con sus correspondientes realidades institucionales y prestacionales), la inmensa mayoría de las cuales utilizan en su denominación la expresión servicios sociales. Junto a esta producción legislativa, habría que referirse a la literatura de la comunidad de conocimiento sobre el asunto, que hemos tenido ocasión de revisar (Fantova, 2008, 2014, 2015, 2016) Lógicamente, si miramos a otros países, existen realidades técnicas, organizativas o normativas similares -si bien no exactamente iguales- a la de los servicios sociales españoles aunque frecuentemente reciben otras denominaciones (como social care o action sociale, por ejemplo).

En lo tocante a la legislación española, es conveniente recordar que la vigente Constitución no menciona los servicios sociales en el sentido o con el contenido que éstos han ido adquiriendo en el desarrollo conceptual y técnico de las últimas décadas. En realidad, las comunidades autónomas han legislado sobre servicios sociales apoyándose en la competencia exclusiva que la Constitución les faculta para asumir en materia de “asistencia social” (artículo 148.20). El concepto de asistencia social vendría a ser complementario con el de seguridad social, de modo que se entendería que la seguridad social es el sistema de protección (social) para aquellas personas que pueden contribuir con sus cotizaciones (y para las personas vinculadas a ellas) y la asistencia social vendría a ser el modo de protección (social) para aquellos colectivos que no pueden contribuir, colectivos presuntamente minoritarios de personas en situación de vulnerabilidad, riesgo o exclusión social que quedan fuera de las redes comunitarias de integración social, las estructuras mayoritarias de funcionamiento económico y los sistemas regulares de protección social.

A medida que se han desarrollado las políticas de bienestar en España (en la senda de otros países), cabe decir que se han ido perfeccionando, complejizando y universalizando<sup>2</sup> sistemas como el sanitario, el educativo y el (o los) de las pensiones o, en general, prestaciones de garantía de ingresos para la subsistencia. Se han ido configurando políticas públicas entendidas como pilares sectoriales de un sistema de bienestar cada vez más desvinculado –aunque sea relativamente y no sin retrocesos–

<sup>1</sup> A petición de la revista se reelaboran varios fragmentos de material propio reciente, recogido en la bibliografía.

<sup>2</sup> Cuando, en el contexto de este artículo, se habla de universalidad o universalización de unas u otras políticas sociales, se hace referencia, en principio, a su universalidad o universalización desde un punto de vista conceptual o técnico, es decir, a si la definición de su finalidad u objeto alcanza a la totalidad de la población. Obviamente, para hablar de una universalidad efectiva, desde un punto de vista político, además de la que se denomina aquí universalidad conceptual o técnica, son necesarias otras condiciones, como las legislativas, estructurales y presupuestarias.

de la contribución de las personas empleadas y progresivamente más ligado a la condición de ciudadanía.

En ese contexto, la legislación y los sistemas públicos de servicios sociales se habrían ido viendo impulsados, también, a conformarse –o al menos a declararse– como un pilar universal más y, por tanto, a ir delimitando un contenido prestacional específico y diferenciado universalmente dispensable<sup>3</sup>, dado que en el desarrollo mencionado cada uno de los diversos pilares sectoriales (convencionalmente: sanidad, educación, servicios sociales, empleo, vivienda y garantía de ingresos) estaría encargado, para toda la población, de la promoción y protección de un bien, para lo cual genera un conjunto de actividades y estructuras específicas<sup>4</sup>. El entramado de la política social se completaría con políticas transversales (como las de igualdad y gestión de la diversidad o la familiar) y políticas intersectoriales (Fantova, 2014: 115-130).

Puede decirse que es en esta encrucijada estratégica en la que se encuentran los servicios sociales españoles: en el tránsito desde una asistencia social residual sin objeto propio (o con todos los objetos: subsistencia, alojamiento y así sucesivamente) y dirigida a colectivos en situación de riesgo, vulnerabilidad o exclusión

social (en general) hacia unos servicios sociales (de entrada) conceptualmente universales con catálogos y carteras capaces de delimitar el contenido del derecho subjetivo que se declara (o al menos intentando hacerlo).

Unos servicios sociales que, a la vez que empiezan a llegar más a sectores poblacionales que apenas habían asomado por sus oficinas, no han sido capaces de metabolizar en forma de servicios sino de dinero (más de lo mismo) una buena parte de los recursos adicionales que ha supuesto la Ley sobre autonomía y dependencia; unos servicios sociales que, a la vez que van viviendo la maduración y empoderamiento de equipos y profesionales con responsabilidades técnicas, de gestión y políticas, presentan una “extraordinaria diversidad de esfuerzos, cobertura y derechos garantizados” (AEDGSS, 2016: 3); unos servicios sociales que asumen en su seno el caudal de experiencia del tercer sector de acción social pero ante los que determinados movimientos sociales alternativos señalan que “para superar los obstáculos burocráticos, la dificultad de una compleja maraña legal y una grave situación de desinformación, hemos comprobado que necesitamos ejercer nuestra inteligencia colectiva, compartir nuestras experiencias y saberes, incluso darnos apoyo moral en situaciones muchas veces desesperantes” (Comisiones de Antidesahucios,

<sup>3</sup> Al hablar de servicios sociales, por otra parte, hay que entender que estamos hablando de un tipo de servicios, con independencia de que éstos sean de responsabilidad pública, privada o solidaria. Es decir, por importantes que hayan sido y sean España los poderes y administraciones públicas a la hora de regular y suministrar servicios sociales, no se puede olvidar que los sistemas públicos de servicios sociales, en cualquier caso, operan dentro del sector económico, ámbito sectorial o sector de actividad de los servicios sociales, más o menos estructurado, dentro del cual operan también las empresas con ánimo de lucro y las organizaciones del tercer sector. Esto sucede, por cierto en todas las ramas de la acción pro bienestar, es decir, en todos los sectores de actividad en los que las políticas públicas sociales son especialmente relevantes.

<sup>4</sup> Obviamente los servicios de un sector o ámbito contienen prestaciones propias de otros. Así, un hospital (servicio sanitario) brinda alojamiento (prestación propia del sector de la vivienda), diagnóstico y acompañamiento social (prestaciones propias de los servicios sociales) o atención educativa a pacientes en edad escolar. Nada de ello diluye el carácter central y predominante de las prestaciones sanitarias en dicho servicio.

2016:139)<sup>5</sup>. Unos servicios sociales en los que se trunca (o, al menos se retrasa el cumplimiento de) la promesa de levantarlos como cuarto pilar<sup>6</sup> (junto a sanidad, educación y garantía de ingresos), pero, en todo caso, también, unos servicios a los que cabe aplicar lo que señala Margarita León: “En Europa, las políticas de cuidado o atención [care] para niñas y niños y personas mayores han sido, a lo largo de las últimas dos décadas, una de las áreas más dinámicas en el desarrollo del Estado de bienestar. Tanto los cuidados de larga duración [Long Term Care] como la educación y cuidado de la primera infancia [Early Childhood Education and Care] responden a cambiantes necesidades de cuidado o atención” (León, 2014: 11). Unos servicios sociales que, a nuestro entender, reclaman su reconfiguración en un nuevo modelo que se apoye en el camino recorrido y lo asuma y rentabilice, a la vez que se posicionan con probabilidades de éxito en el contexto al que deben dar respuesta.

### 3. ¿HACIA UN NUEVO MODELO DE SERVICIOS SOCIALES?

Como hemos dicho, el modelo general de comprensión de las políticas sociales que proponemos (Fantova, 2014) plantea que las grandes políticas sectoriales, en un sistema de bienestar, se corresponden con grandes sectores de actividad, cada uno de los cuales se diferencia del resto por la protección y promoción de un bien y por las actividades de valor específicas y reconocibles, basadas en el conocimiento (en áreas de conocimiento correspondientes a dichas actividades), que permiten el diagnóstico,

la prescripción y la intervención correspondientes en cada caso. Se postula que el incremento de la complejidad social y de las expectativas que se dirigen a las políticas sociales y a los servicios públicos van generando subsistemas funcionalmente especializados en las necesidades, bienes, objetos y actividades correspondientes en cada sector. Si alguien tiene un problema, necesidad, demanda o expectativa relacionada con su situación de salud se dirigirá a los servicios sanitarios. Si tal problema, necesidad, demanda o expectativa es especialmente grave o compleja, con más motivo, se dirigirá a dichos servicios, no siendo racional, desde el punto de vista de la necesidad específica de la persona, que tuviera que dirigirse a otro tipo de servicios distintos. La misma lógica podría aplicarse a los servicios educativos, a los servicios de empleo, a los de vivienda y así sucesivamente.

Pues bien, si se postula, en general, la racionalidad técnica y organizativa de diseñar y configurar sectores de actividad y pilares de protección (de entrada, conceptual o técnicamente) universales en las diferentes áreas mencionadas (sanidad, educación, empleo, vivienda y garantía de ingresos), la disyuntiva que emerge es la siguiente: si los cinco pilares mencionados saturan la protección y promoción del bienestar de las personas, es decir, si disfrutando de los cinco bienes correspondientes a dichos pilares (salud, conocimiento, empleo, alojamiento y subsistencia) las personas consiguen su inclusión social, entonces no tiene sentido la existencia de los servicios sociales en la medida en que los cinco pilares mencionados hagan correctamente su trabajo

<sup>5</sup> Se propone el texto, sin entrar a valorar la situación que le dio origen, como muestra del tipo de tensiones, sin duda agravadas en los últimos años entre personas en situación de grave exclusión laboral, residencial o económica (u organizaciones que las agrupan o representan) y profesionales de los servicios sociales enfrentados a la misión imposible de darles respuesta desde su marco institucional y repertorio prestacional.

<sup>6</sup> Expresión que aplica a los servicios sociales el preámbulo de la Ley sobre autonomía y dependencia, ya citada.

con el conjunto de la población y especialmente, como es lógico, con aquellas personas en situación de mayor vulnerabilidad, dificultad o complejidad a la hora de resolver la necesidad correspondiente.

Por tanto, dentro de ese marco de reflexión y diseño, sólo tendrían sentido los servicios sociales como sector de actividad y como pilar del bienestar si pudiéramos identificar un bien tan relevante como los otros mencionados y tan necesitado como ellos de actividades profesionales y estructuradas basadas en el conocimiento. La respuesta desde el modelo que se presenta a continuación es afirmativa: ese bien existe.

#### 4. EL OBJETO Y LA ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES.

Se propone como objeto propio de los servicios sociales la protección y promoción de la interacción, entendida como autonomía funcional e integración relacional<sup>7</sup>. Es decir, se entiende que todas las personas a lo largo de nuestro ciclo vital tenemos un mayor o menor equilibrio entre nuestra autonomía funcional o capacidad de desenvolvernos en nuestra vida cotidiana y nuestra integración relacional (soporte que recibimos de nuestras redes primarias de convivencia familiar y comunitaria). Y que se justifica que una rama de la acción pro

bienestar (los servicios sociales) se ocupe específicamente de proteger y promover ese bien.

En un sentido coincidente, el Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña identifica para un nuevo concepto de servicios sociales tres necesidades: “promover la autonomía personal, incluida la capacidad de decidir, y atender a las situaciones de dependencia mediante servicios de calidad; contribuir al ejercicio de los derechos y los deberes de las personas, especialmente de aquellas que por minoría de edad o por dificultades en el ejercicio de la capacidad jurídica necesitan protección y medidas de apoyo para la toma de decisiones; ofrecer apoyo para compensar las limitaciones de desenvolvimiento personal de relación y de integración social y comunitaria por razón de la discapacidad, la discriminación, la falta grave de oportunidades o las derivadas de momentos disruptivos de la vida” (Ginesta y otras, 2015: 12). Y añade que “las prestaciones económicas para cubrir las necesidades básicas vitales no forman parte de los servicios sociales. Tampoco forman parte de los servicios sociales las funciones que corresponden a otros sistemas (salud, educación, vivienda...), especialmente las referidas a la determinación de la situación económica y social, que se han de llevar a término desde cada uno de los sistemas con indicadores y criterios comunes y coordinados” (Ginesta y otras, 2015: 13).

<sup>7</sup> En otros lugares (Fantova, 2008; 2014) se ha procedido a una fundamentación y desarrollo de esta propuesta, en diálogo, entre otras, con las de Demetrio Casado, Encarna Guillén, María José Aguilar, Manuel Aguilar, Joaquín Santos, Germán Jaraíz y Auxiliadora González (por citar sólo algunas españolas). Xavier Pelegrí hace una interesante crítica de la propuesta, apuntando acertadamente que “el concepto-objeto habría de cumplir tres condiciones (como las encontramos en otros sectores): 1) que fuese comprensible coloquialmente sin necesitar una gran explicación técnica; 2) que se identificase con una necesidad básica de toda persona, aceptada como derecho a ser cubierta y 3) que reflejase algo en que o sobre lo cual se pueda intervenir efectivamente” (Pelegrí, 2015: 58). Posiblemente es en la primera de las tres condiciones donde más débil se muestra la propuesta que se presenta en este apartado del artículo.

Postulamos que la mayor parte de las demandas y necesidades que históricamente han sido vistas y abordadas por los servicios sociales como problemáticas de colectivos minoritarios (infancia desprotegida, discapacidad o dependencia funcional, soledad de las personas mayores, desarraigo de personas inmigrantes, violencia de género u otras) son mejor vistas y abordadas si se entienden, se diagnostican y se atienden como necesidades de prevención y apoyo en lo que tiene que ver con la interacción activa de las personas en el seno de comunidades atravesadas por diversidades (y relaciones) de género, generacionales, funcionales y culturales. Identificar así el objeto de los servicios sociales permite hacerlo en positivo y señalando una necesidad universal, es decir, que todas las personas tienen<sup>8</sup>. Una necesidad que, por diversas razones que no podemos abordar aquí, emerge de forma especialmente visible en nuestro contexto actual (de crisis de los cuidados, entre otras).

Lógicamente, no se espera que la ciudadanía comprenda y utilice el concepto abstracto de interacción sino, más bien, que vaya identificando las prestaciones, apoyos y actividades valiosas que los servicios sociales le ofrecen a la hora de prevenir o afrontar situaciones en las que ven afectada su autonomía para el desenvolvimiento cotidiano o las estructuras relacionales y apoyos existentes en sus redes familiares

y comunitarias (actividades como diagnóstico social, planificación individualizada<sup>9</sup>, cuidado profesional, acompañamiento social<sup>10</sup> u otras; en diferentes formatos: virtual, domiciliario, comunitario u otros). Se esperaría, a la vez, que la ciudadanía fuera comprendiendo (en la medida en que se fuera verificando) que sus necesidades o problemas de salud, aprendizaje, empleo, alojamiento, o ingresos económicos para la subsistencia material deberían ir teniendo cauces para su abordaje en los correspondientes ámbitos sectoriales. Lógicamente, este reposicionamiento de la marca servicios sociales, en el mejor de los casos, llevará tiempo y deberá ser promovido por estrategias intencionales, técnicas y profesionales consistentes (Fantova, 2014: 119-121).

En cualquier caso, se parte de la visión de que, en el contexto actual, el rápido y amplio crecimiento de las necesidades, demandas y riesgos relacionados con la interacción (autonomía funcional e integración relacional) haría insostenible económica y socialmente el modelo orientado a tratar estos problemas por colectivos y separando a las personas de la comunidad. Se trata más bien de abordarlos en la comunidad, con tecnologías y servicios de proximidad y fortaleciendo, por tanto, la atención primaria del sistema público de servicios sociales. El concepto de interacción pretendería ofrecer base para un marco teórico y un instrumental técnico<sup>11</sup> para evaluar y abordar

<sup>8</sup> La Diputación de Segovia afirma que la misión de sus servicios sociales es “promover, proteger y apoyar la interacción de las personas con su entorno social y, por tanto, su autonomía funcional, su integración familiar y su integración comunitaria en el municipio en el que residen” (Diputación de Segovia, 2016: 6).

<sup>9</sup> National Voices señala que “la planificación de los cuidados y apoyos es una forma en que las personas (...) pueden trabajar junto con sus profesionales de los servicios sanitarios y sociales y otros apoyos. Empieza con lo que importa a la persona e identifica el mejor tratamiento, la mejor atención y apoyo y las acciones que las propias personas pueden llevar a cabo para ayudar a conseguirlo” (National Voices, 2016: 5).

<sup>10</sup> Según los Estados Generales del Trabajo Social en Francia, “aunque la complejidad de las políticas sociales ha podido conducir progresivamente a un encerramiento de las y los trabajadores sociales en la gestión de dispositivos configurados en compartimentos estancos, resulta primordial reencontrar el corazón del oficio del trabajo social: el acompañamiento de las personas” (EGTS, 2015: 11).

<sup>11</sup> El concepto ha sido utilizado, por ejemplo, como referente teórico para instrumentos de diagnóstico y valoración de los servicios sociales en el País Vasco.

situaciones en la diversidad (sexual, generacional, funcional y cultural) que se da en las relaciones primarias de las personas que se desenvuelven con (relativa) autonomía en la comunidad antes de (o sin) que sea necesario o pertinente considerarlas y tratarlas en calidad de miembros de alguno de los colectivos poblacionales que los servicios sociales han utilizado (y siguen utilizando) para clasificar a las personas en servicios segregados y especializar a las personas profesionales.

Todo ello nos introduce en una agenda de personalización de los servicios (de atención centrada en la persona), sabiendo que “la personalización de los servicios es clave en la política sanitaria y de servicios sociales, pero hay potenciales tensiones cuando las elecciones de las personas puedan entrar en conflicto con las políticas de las organizaciones. Sin embargo hay alguna evidencia de que la buena comunicación, una cultura positiva, la creación de un trayecto defendible en la toma de decisiones, buenas relaciones, la participación y un personal empoderado y capacitado pueden ayudar a superar algunas de estas tensiones” (Burtney y otras, 2014: 6-7).

La propuesta nos lanza también a una dinámica exigente de gestión del conocimiento, en la que deberá haber agentes mediadores (Rutter y Fisher, 2013: 30) capaces de tender puentes y borrar fronteras entre los diferentes agentes portadores de los diferentes tipos de conocimiento (conocimiento ético, saber hacer, saber experto, conocimiento científico, tecnología, innovación y otros) y entre las especializaciones tradicionales, muy vinculadas a colectivos poblacionales y disciplinas académicas y que funcionan en muchas ocasiones como verdaderos silos incomunicados entre sí.

Posiblemente la prueba del nueve de este avance la encontremos en la innovación tecnológica, donde empieza a haber resultados prometedores y “un número representativo de buenas prácticas que, según ha sido científicamente demostrado, proporcionan un aumento de la independencia a las personas (...), un aumento de la productividad de las personas cuidadoras, mejor calidad de la atención, y la generación de ahorros que contribuyen a la sostenibilidad financiera del sistema de cuidados. Estos servicios basados en tecnologías cubren un amplio rango de servicios y productos basados en tecnología, diferentes, maduros y normalizados, que son capaces de responder efectivamente a un amplio conjunto de necesidades de cuidados de larga duración” (Carretero, 2015: 9) u otros apoyos.

Al respecto, para lo que tiene que ver con los cuidados de larga duración, desde la Comisión Europea se señala un enfoque, que podría valer para el conjunto de los servicios sociales, en el que “los principales elementos de una respuesta proactiva (...) incluyen medidas orientadas a: prevenir que la gente se convierta en dependiente de los cuidados o la atención, promoviendo estilos de vida saludables, afrontando las mayores causas de dependencia y promoviendo en los domicilios y vecindarios entornos amigables con las personas mayores a través del diseño para todas las personas; detección temprana de la fragilidad; rehabilitación y recapacitación para aquellos cuya salud y aptitud ha sido afectada, para restaurar su capacidad de vivir independientemente; desarrollar el potencial total de la tecnología para ayudar a las personas mayores a permanecer en casa, para aumentar la productividad de los servicios de cuidado y para compensar por la disminución del número de personas cuidadoras;

integrar completamente los elementos de los servicios sanitarios y sociales de la provisión de cuidados de larga duración; mejorar el apoyo a las personas cuidadoras informales y facilitarles la conciliación del empleo y de las responsabilidades de cuidado; y usar el potencial del sector de las organizaciones no gubernamentales en la provisión de servicios de cuidado” (SPC, 2014: 6).

## 5. LAS RELACIONES INTERSECTORIALES Y LA ATENCIÓN INTEGRADA.

Ahora bien, en el modelo de servicios sociales que estamos intentando dibujar tan esencial es el momento de su diferenciación y el establecimiento de su perímetro sectorial como el momento de la integración de su atención con la que brindan otros sectores de actividad (singularmente ahora, por diversas razones, el sanitario (Herrera y otras, 2013), pero también el de la vivienda, el educativo, el del empleo o el de la garantía de ingresos). Efectivamente, una clave fundamental de este modelo que se propone, inseparablemente unida a la definición del objeto y la actividad que acabamos de hacer, tiene que ver con las oportunidades que brinda la (entendemos que insoslayable) recalibración, redistribución y reconfiguración de los repartos y relaciones entre las diferentes ramas sectoriales de la política social. Se asume que sólo verificando y visibilizando los impactos positivos que el nuevo modelo puede tener en otros ámbitos sectoriales (como el sanitario, el educativo, el de vivienda, el de empleo o el de garantía de ingresos) y en el conjunto del sistema de bienestar es posible avanzar de manera consistente en esta nueva visión y configuración de los servicios sociales. Se asume que es la fragilidad de los actuales servicios sociales la que en buena medida está haciendo ineficien-

tes muchos de los esfuerzos que se realizan en otras políticas sectoriales y en el conjunto del sistema de bienestar, como se ve claramente, por ejemplo, en el caso de la sanidad.

Así, el informe *A new settlement for health and social care*, aprobado por la Comisión Independiente sobre el Futuro de la Atención Sanitaria y Social en Inglaterra (Barker y otras, 2014) pone de manifiesto hasta qué punto el desequilibrio entre la inversión en servicios sociales y en sanidad (en una proporción que puede ser de una a siete) genera, por ejemplo, un sistema público de bienestar incapaz de proporcionar ligeros cuidados o apoyos domiciliarios preventivos (desde servicios sociales, a personas en situación de fragilidad), que, sin embargo, incurre posteriormente en altos –ineficaces, ineficientes e impertinentes– gastos hospitalarios, farmacéuticos o tecnológicos, en buena medida inducidos por la ausencia de esa intervención social más temprana, con personas que, frecuentemente, por otro lado, disponen de patrimonios mobiliarios e inmobiliarios (viviendas) inadecuados e infrautilizados que no aportan valor ni a las personas ni a la colectividad.

Chris Ham (jefe ejecutivo de The King’s Fund) señala en el prólogo de este informe impulso de la atención integrada que “cuando esté totalmente implementado, el nuevo modelo supondrá alrededor de un 11-12 por ciento del PIB, una cantidad fácilmente comparable con el gasto corriente sólo en sanidad en algunos otros países (...). Las consecuencias de no hacer nada son que menos personas recibirán servicios sociales financiados públicamente en la medida en que se hacen más recortes en los presupuestos de las autoridades locales y que más organizaciones sanitarias públicas se

muestran incapaces de proporcionar acceso oportuno a estándares aceptables de atención en el marco del presupuesto. Todavía más importante, el premio descrito por la comisión –igual soporte para igual necesidad, con los derechos a la atención sanitaria y los servicios sociales más estrechamente alineados entre sí– seguirá siendo un sueño lejano. Las personas con necesidad de cuidado serán forzadas a continuar navegando las complejidades e inconsistencias de los actuales sistemas fragmentados de financiación y derechos (...). Los costes del cuidado recaerán cada vez más en los individuos y las familias, creando preocupación, incertidumbre e inequidad en una escala que sería inaceptable si se aplicara en la atención sanitaria” (Barker y otras, 2014: vi-vii)<sup>12</sup>.

Los argumentos para apostar por un mayor equilibrio, coordinación e integración entre los servicios sociales y los servicios sanitarios son poderosos, por el incremento de la cantidad y complejidad de situaciones en las que las personas presentan entreveradas importantes necesidades correspondientes a ambos sectores. Sin embargo, en un reciente estudio Delphi sobre la integración de la atención entre servicios sociales y sanitarios se identifican los siguientes obstáculos:

- “La imprecisión en la definición del tipo, alcance, escala y nivel de complejidad de la propuesta de integración y los cambios reguladores y organizativos críticos del proceso de implantación.
- El retraso temporal de maduración y manifestación de los beneficios atribuidos a la integración y la escasa disponibilidad de evi-

dencia de efectividad de buena parte de las estrategias y medidas de transformación documentadas hasta el momento.

- Inercias administrativas y corporativas.
- Cautela en relación con el mantenimiento de las restricciones en la financiación del gasto social.
- La dificultad de valorar el impacto de la implantación en el status quo –situación, intereses y perspectivas actuales de cada agente, profesional, grupo u organización involucrados en el cambio– puede haber inhibido a la manifestación del apoyo la consistencia del compromiso de participación en el despliegue de la iniciativa” (Artells, 2015: 66).

En cualquier caso, el reto de una atención integrada y, finalmente, integral no aparece únicamente en la interfaz entre los servicios sociales y los servicios sanitarios, sino que emerge en muchos otros nodos, tanto de los servicios sociales con otras ramas como de otros pilares entre sí. Entendemos que las innovaciones en las tecnologías de intervención, gestión y gobierno deben ayudar a la coordinación e integración intersectorial evitando el falso atajo de la subordinación o la deconstrucción de alguna de las ramas o pilares en cuestión. Según la European Social Network, “la provisión de servicios integrados puede ser implementada de varias formas tales como gestión de caso o equipos multidisciplinares consistentes en profesionales provenientes de diferentes sectores. A causa de la cantidad de agentes involucrados, es vital agilizar los canales de comunicación e información, a la vez que se mantiene un equilibrio para no sobrecargar de directrices y procedimientos, lo que puede afectar al

<sup>12</sup> Joan Costa-Font y otras (2016) han encontrado evidencia robusta de reducción de hospitalizaciones y duración de la estancia con la implantación en España del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, efecto que se atenúa en 2012 a consecuencia de los recortes en el Sistema.



lado humano de las relaciones que deben establecerse entre los profesionales implicados. De hecho, proporcionar claridad acerca de los roles y la responsabilidades facilita el trabajo intersectorial” (Lara y otras, 2016: 7).

Según una reciente revisión de estudios, algunas lecciones aprendidas en la integración de servicios –tanto vertical, dentro del mismo sector, como horizontal, entre sectores– tienen que ver con “la claridad y armonización de objetivos entre las agencias, o la clara división de responsabilidades entre agentes. Una reforma exitosa para la integración debiera incluir incentivos financieros o administrativos para la cooperación cuidadosamente diseñados, así como implicar el ajuste de indicadores de ejecución a tener en cuenta para los esfuerzos conjuntos de cara a eliminar la competición disfuncional entre unidades de servicio. Asimismo, cuando la integración de servicios en el nivel local implica mayor autonomía y nuevos tipos de tareas, esto debía ser soportado por la construcción de capacidades en la planificación, la evaluación y la gestión de casos también” (Budapest Institute, 2015: 7)

En cualquier caso, entendemos que se necesita comprender y hacer comprender que el nuevo modelo de servicios sociales afecta al resto de pilares de la política social porque representa una nueva manera de comprender la lógica de reparto de necesidades y actividades entre las políticas sectoriales y, por tanto, una nueva manera de entender las relaciones intersectoriales y la integración de la atención: una oportunidad para construir la atención (integral e integrada) centrada en la persona que viene reclamada por la complejidad de las necesidades sociales. Un contexto complejo en el que ninguna profesión, disciplina, sistema o

sector puede reclamar para sí la mirada global o la posición central, que sólo pueden ser la consecuencia de una construcción y decisión compartida.

El concepto y el discurso de la “atención integrada” (Sarquella y otras, 2015; Librada y otras, 2015) parece cada vez más conveniente para la cuestión que nos ocupa, frente a los conceptos (y discursos correspondientes) que empiezan por “socio” (socio sanitaria, socioeducativo, sociolaboral u otros) por algunas razones:

- El concepto de “atención integrada” es más homologable internacionalmente y facilita la sintonía y transferencia con comunidades de práctica y conocimiento de diferentes lugares (Goodwin y otras, 2014).
- Este concepto visibiliza mejor la necesidad y posibilidad de coordinación de todos los sectores con todos y no sólo de los servicios sociales con el resto.
- El desgaste del concepto y discurso de lo “socio sanitario” parece percibirse, por lo limitado y contradictorio de sus realizaciones prácticas en las varias décadas de utilización del concepto y aplicación del discurso.
- El concepto y discurso de la “atención integrada” parece conectar mejor con las oportunidades que brindan nuevas tecnologías de la información y la comunicación para la más fácil y real integración intrasectorial e intersectorial de procesos operativos, de gestión y de gobierno, a la vez que se mantienen estructuras sectoriales diferenciadas por ámbitos de actividad (servicios sociales, sanidad, educación u otros).

En esta forma de entender la distinción e integración de las diferentes ramas de la política social (sanidad, educación, servicios sociales,

empleo, vivienda y garantía de ingresos) hay complementariedad y sinergia (social) entre todas ellas pero no subsidiariedad de ninguna frente a otra, ni carácter residual (o social por defecto) de ninguna de ellas.

## 6. CONCLUSIÓN.

Se ha intentado fundamentar y argumentar en qué medida y en qué sentido un nuevo modelo de servicios sociales (dedicados a promover y proteger la interacción de todas las personas) y una atención integrada efectiva y sostenible (entre servicios sociales y sanidad y también entre estos y otros sectores) se alimentan mutuamente y, a la vez, resultan necesarias en el contexto actual que la nueva complejidad social convierte en crecientemente obsoletos los servicios sociales residuales e inespecíficos y el modelo de bienestar correspondiente. Somos conscientes, en todo caso, de que el relato propuesto sólo es uno de los posibles y que, por ello, se plantea con interés para el diálogo de las comunidades de conocimiento sobre políticas sociales.

## 7. BIBLIOGRAFÍA.

AEDGSS (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales) (2016): Índice DEC de desarrollo de los servicios sociales. Madrid.

ARTELLS, Joan Josep (dirección) (2015): Escenarios de la integración de la atención social y sanitaria: consulta prospectiva 2015-2020. Barcelona, Fundación Salud, Innovación y Sociedad.

BARKER, Kate y otras (2014): A new settlement for health and social care. London, The King's Fund.

BURTNEY, Liz y otras (2014): Learning for care homes from alternative residential care settings. York, Joseph Rowntree Foundation.

BUDAPEST INSTITUTE (2015): Literature review and identification of best practices on integrated social service delivery. Brussels, European Commission.

CARRETERO, Stephanie (2015): Mapping of Effective Technology-based Services for Independent Living for Older People at Home. Sevilla, Institute for Prospective Technological Studies.

COMISIONES DE ANTIDESAUCIOS y otras (2016): "¿Acoso o defensa de las víctimas? Respuesta a la sección de CCOO del Ayuntamiento de Madrid" en Cuadernos de Trabajo Social, volumen 29-1, páginas 138-145.

COSTA-FONT, Joan y otras (2016): Does Long-Term Care Subsidisation Reduce Unnecessary Hospitalisations? Madrid, Fedea.

DIPUTACIÓN DE SEGOVIA (2016): Servicios sociales. Compromiso 20.20. Segovia.

EGTS (États Généraux du Travail Social) (2015): Plan d'action en faveur du travail social et du développement social. Paris, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes.

FANTOVA, Fernando (2008): Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas. Bilbao, Universidad de Deusto.

- (2014): Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas. Madrid, CCS.

- (2015): "Crisis de los cuidados y servicios sociales" en Zerbitzuan, número 60, páginas 47-62.

- (2016): "Nuevos enfoques para los servicios sociales ante la nueva realidad social" en Revista Española del Tercer Sector, número 33, páginas 113-139.

GINESTA, Mercé y otras (2015): La constitucionalització des drets socials. Barcelona, Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

GOODWIN, Nick y otras (2014): Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. London, The King's Fund.

HERRERA, Emilio y otras (2013): Llenar el vacío. Documento de trabajo para el impulso de la continuidad entre los recursos de los sistemas sanitario y social. Madrid, Fundación Economía y Salud.

LARA, Alfonso y otras (2016): Integrated social services in Europe. Brighton, European Social Network.

LEÓN, Margarita (edición) (2014): The Transformation of Care in European Societies. London, Palgrave Macmillan.

LIBRADA, Silvia y otras (2015): "Atención centrada en la persona al final de la vida. Atención sociosanitaria integrada en cuidados paliativos" en Actas de Coordinación Sociosanitaria, número 13, páginas 69-96.

NATIONAL VOICES (2016): What is the role of voluntary, community and social enterprise (VCSE) organizations in care and support planning? London.

PELEGRÍ, Xavier (2015): "Repensant la política de serveis socials per a un canvi d'època" en Pedagogia i Treball Social, número 7, páginas 51-73.

RUTTER, Deborah y FISHER, Mike (2013): Knowledge transfer in social care and social work: Where is the problem? Kent, Personal Social Services Research Unit.

SARQUELLA, Ester y otras (2015): "Atenció integrada. Oportunitat, repte, necessitat? Transformant l'atenció a les persones" en Revista de Treball Social, número 206, páginas 66-81.

SPC (Social Protection Committee) (2014): Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Luxembourg, European Commission.



# ABUSO Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL: LA NECESIDAD DE UN TRABAJO EN RED.

JACOBO CENDRA LÓPEZ

ALBERTO ALEMANY CARRASCO

MERCEDES HERNÁNDEZ NÚÑEZ-POLO

Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual.  
Fundación Carmen Pardo-Valcarce.

## SUMARIO

1. ANTECEDENTES.

2. LA UNIDAD DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS  
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

3. NECESIDADES DETECTADAS Y RETOS FU-  
TUIROS PARA UN MEJOR FUNCIONAMIENTO  
DEL SERVICIO.

4. SERVICIOS QUE DERIVAN A LA UNIDAD DE  
ATENCIÓN A VÍCTIMAS CON DISCAPACIDAD  
INTELECTUAL.

5. CONCLUSIONES.

6. BIBLIOGRAFÍA.

## **PALABRAS CLAVE**

Discapacidad intelectual; abuso; facilitador; UAVDI; coordinación.

## **RESUMEN**

El presente trabajo pretende exponer la evolución del trabajo de la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual de la Fundación Carmen Pardo-Valcarce desde su puesta en marcha en 2010 hasta la actualidad, especialmente en lo relativo a la coordinación con terceros servicios, organismos e instituciones para ofrecer una intervención global, eficiente y de calidad con las víctimas con discapacidad intelectual.

## **KEYWORDS**

Intellectual disability; abuse; facilitator; UAVDI (Unit for the Care of Victims with Intellectual Disabilities); coordination.

## **ABSTRACT**

The aim of this present paper is to show the evolution of the work of the Carmen Pardo-Valcarce Foundation's Unit for the Care of Victims with Intellectual Disabilities since its implementation in 2010 to the present, especially with regard to coordination with third-party services, bodies and institutions to offer a global, efficient and high quality intervention with victims with intellectual disabilities.

## 1. ANTECEDENTES.

El hecho de que la discapacidad intelectual (en adelante, DI) es un factor de riesgo que aumenta las probabilidades de sufrir abuso sexual y maltrato tanto en población infantil (Verdugo y Bermejo, 1995; Madansky, 1996; Milner y Crouch, 2004) como en adultos (Horner-Johnson y Drum, 2006), es una realidad que empieza a salir a la superficie, pese a las escasas investigaciones de prevalencia al respecto. La única en España (Verdugo et al., 1995) apunta que los menores con DI tienen hasta siete veces más probabilidad de sufrir algún tipo de abuso que los menores sin DI. Algunos autores (Cambridge y Carnaby, 2000; Knutson y Sullivan, 1993; Sobsey y Varnhagen, 1991; Tharinger, Horton y Millea, 1990; Verdugo et al., 2002) señalan que las razones por las que las personas con DI tienen una mayor probabilidad de ser víctimas de delitos son: a) sus elevadas relaciones de dependencia, b) los contextos de poca intimidad derivados de la necesidad de cuidados por parte de otros, c) el déficit en habilidades sociales, d) el desconocimiento de sus derechos, y e) las menores habilidades comunicacionales de muchos de ellos.

Tanto si se consideran las investigaciones de prevalencia del maltrato y el abuso en la población general como aquellas que comparan su incidencia en el colectivo de personas con DI con respecto a la población general, se concluye que la no revelación del delito sigue siendo la norma, tal y como vienen advirtiendo los expertos desde hace décadas (Valenti-Hein y Schwartz, 1995; Echeburúa y De Corral, 2006). Así se desprende del único estudio en nuestro país que analiza las denuncias en Guardia Civil en el que se ven implicadas personas con discapacidad (González, Cendra y Manzanero, 2013).

Además, la consideración de los niños como seres con una gran capacidad imaginativa que podrían crear historias no fieles a la realidad, pudiendo incorporar elementos según su propia interpretación, es un factor que ha restado credibilidad a las alegaciones infantiles de abuso sexual en los últimos dos siglos, conduciendo a demasiadas prácticas profesionales negligentes (Davies et al., 1989; Parker, 1986). Esta misma realidad, por la equiparación de las personas con DI a los menores (siguen siendo comúnmente considerados como “eternos niños”), se traslada también al colectivo de personas con DI, a quienes se les suman también mitos que siguen siendo muy frecuentes hoy día. Estos mitos son: que las personas con DI son problemáticas, que no pueden regir sus vidas, que carecen de sexualidad o, por el contrario, que tienen una sexualidad desaforada (Alemany et al., 2012). Todos ellos contribuyen al alarmante hecho de que sus testimonios sean considerados menos creíbles que los de la población general (Henry, Ridley, et al., 2011; Peled, Larocci y Connolly, 2004).

## 2. LA UNIDAD DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS CON DI.

Con este escenario, tanto las personas con DI que han sufrido un abuso o un maltrato, como sus familiares, deben enfrentarse además a un doble reto: en primer lugar, deben afrontar las **consecuencias emocionales** que el abuso o el maltrato ha dejado tras de sí y, en segundo lugar, estas personas a menudo deben enfrentarse a un sistema policial y judicial que no se adecúa a su condición, provocando que su **acceso a la justicia sea en condiciones de desigualdad**. Con el objetivo de dar respuesta a ambos, la Fundación Carmen Pardo-Valcarce pone en marcha en 2010 la Unidad de Atención a Víctimas

con DI (en adelante, UAVDI), un **recurso pionero** en España por su especialización en la **atención integral de casos de abuso y maltrato a personas con DI**. La UAVDI nace precisamente para dar cobertura a esta doble necesidad de las víctimas con DI: superar el daño derivado del abuso y acceder al sistema judicial y policial en condiciones de igualdad.

El proyecto consta de tres grandes áreas de actuación, que se dividen en **prevención y sensibilización, investigación, e intervención y atención a víctimas**.

La primera de ellas, la prevención y sensibilización, tiene el doble objetivo, por un lado, de concienciar a la sociedad en general y a los profesionales implicados en particular, de que la vulnerabilidad de las personas con DI a sufrir abusos es una realidad, y de que su acceso a la justicia tras sufrir una situación de este tipo, es sumamente precario; así como de erradicar o, al menos, disminuir dicha vulnerabilidad, atacando la raíz del problema. Para ello desde la UAVDI se desarrollan **campañas de sensibilización** en medios de comunicación, se gestiona una **página web informativa** ([www.nomas-abuso.com](http://www.nomas-abuso.com)), se imparten **formaciones a profesionales** del ámbito de la DI y la administración de Justicia en materia de detección, actuación y tratamiento de víctimas con DI, y se ofrecen **talleres de prevención del abuso** a personas con DI y sus familias en lo que se refiere a prevención y detección del abuso.

En segundo lugar, la investigación en la UAVDI va orientada a **diseñar las herramientas necesarias que contribuyan a adaptar la intervención con víctimas con DI** a las condiciones que puedan presentar en cada ámbito (clínico, forense y judicial); así como a difundirlas en todo

tipo de foros, tanto académicos como técnicos, para crear sinergias y extender su utilización.

La UAVDI ha realizado numerosas publicaciones, desde la colaboración con otras entidades, dando como resultados guías de intervención para la población con DI (Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil, FEAPS) en las que se incluyen protocolos de actuación en los casos de abuso sexual y violencia de género. Desde una perspectiva más científica, la Unidad ha sido participe de algunas publicaciones tanto en el ámbito forense, (Manzanero, Pérez-Castro, Recio y Alemany, 2013; Manzanero y Recio, 2012; Manzanero, Contreras, Recio, Alemany y Martorell, A., 2012), como en el ámbito más terapéutico (Hernández, Alemany, Berenguer, Recio y Martorell, 2016).

Por último, el área de intervención, la cual tiene como objetivo dotar a las víctimas con DI y a sus familiares de una atención integral que promueva su bienestar emocional y el respeto de los derechos que les ampara la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Para conseguirlo, esta atención consta a su vez de dos dimensiones: un **proceso psicoterapéutico a nivel individual y/o familiar y asesoramiento jurídico especializado y adaptado** antes, durante y después del procedimiento judicial, siendo en esta intervención muy importante la **figura del facilitador** (Recio, Alemany y Manzanero, 2012), pionera en España. Este último, es un profesional experto en DI, psicología forense y psicología clínica que acompaña física y emocionalmente a la víctima y sus familiares durante todas las fases del proceso penal velando por que se implementen en cada una de ellas las adaptaciones necesarias para que la víctima con DI pueda participar en el procedimiento en igualdad de condiciones con el resto.

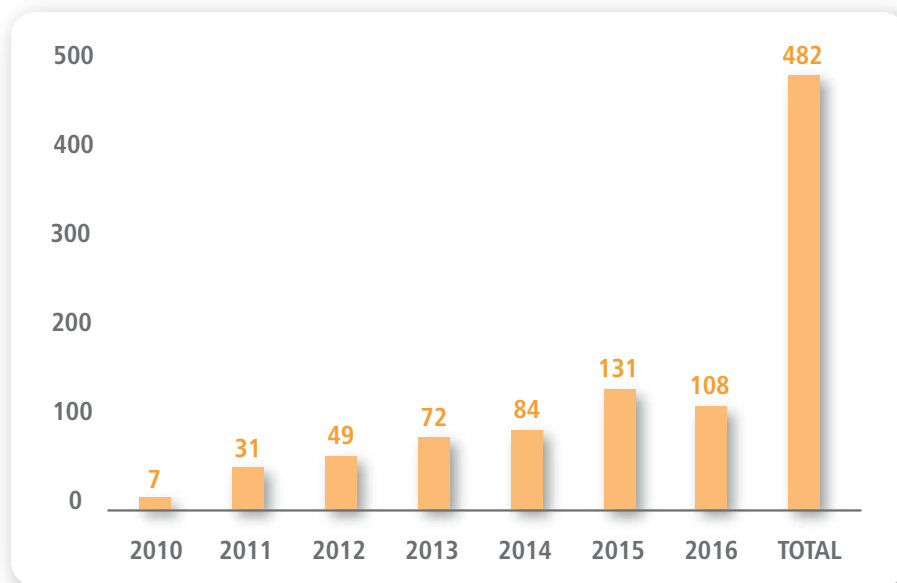


Tanto la dimensión terapéutica como la forense requieren para garantizar un mayor nivel de éxito de la coordinación de los profesionales de la UAVDI con terceros: en el caso del proceso psicoterapéutico se trata siempre de integrar en la terapia a todos los agentes posibles del entorno de la víctima, empezando por su propia familia y continuando por los servicios educativos y/o sociales que le atiendan regularmente; mientras que en el marco del proceso penal derivado de la denuncia, el facilitador debe ejercer una labor de mediación con todos aquellos organismos que vayan a entrar en contacto con la víctima con discapacidad intelectual (agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, servicios sanitarios,

equipos psicosociales, operadores jurídicos y personal de la Administración de Justicia, etc.).

Desde la puesta en marcha de la UAVDI en 2010 el número de casos atendidos por año en la UAVDI está sujeto a un crecimiento significativo (Figura 1) y son cada vez más los recursos y servicios que demandan la intervención de la Unidad en casos de abuso a personas con DI, siendo ésta en la actualidad un recurso de referencia no sólo en el mundo de la DI sino también en contextos sociales, sanitarios, policiales o judiciales.

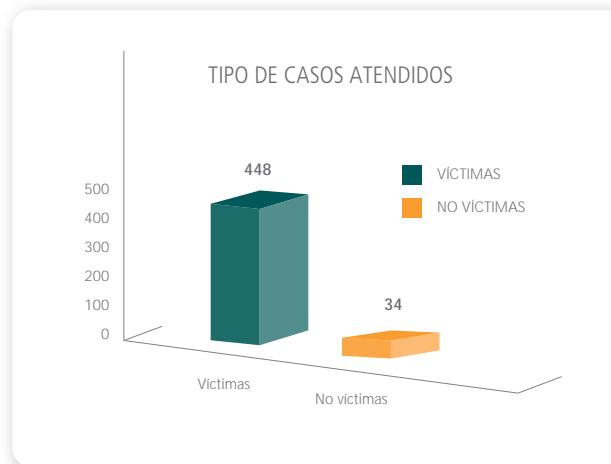
**Figura 1. Total número de casos atendidos por año en la UAVDI (Incluido septiembre 2016).**



Concretamente, desde el inicio de su actividad hasta la fecha de presentación del presente artículo (septiembre 2016), la UAVDI ha atendido a 482 personas con DI. De estos 482 casos, 448 han sido víctimas de abuso, siendo el resto (34 casos) personas con DI que no habían

estado expuestas a una situación de abuso tras nuestra valoración, o bien eran testigos, o bien eran agresores (Figura 2).

**Figura 2. Casos de víctimas y no víctimas atendidos en la UAVDI (Incluido septiembre 2016).**



De los 448, han sido beneficiarios de nuestros servicios 1.096 de sus familiares, y se ha asesorado y supervisado a 779 profesionales que

trabajan diariamente con todos ellos, lo que supone un total de 2.323 beneficiarios directos sólo en el área de intervención (Tabla 1).

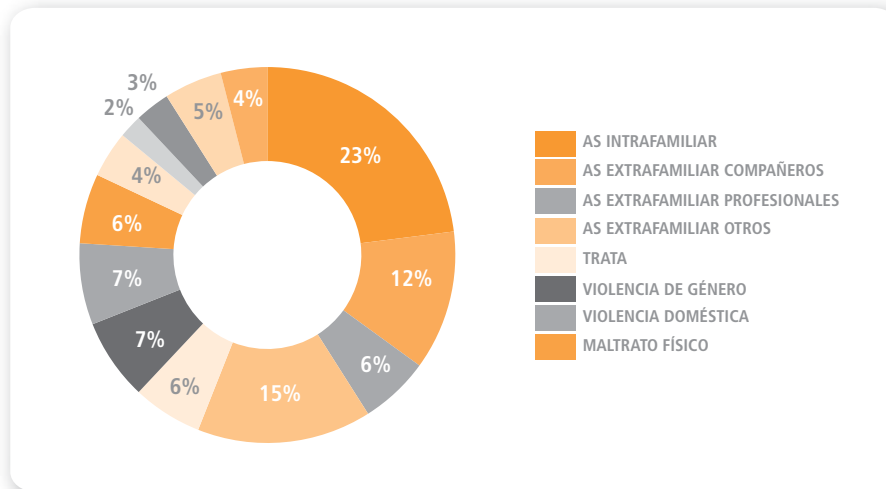
**Tabla 1. Número de beneficiarios atendidos en la UAVDI (Incluido septiembre 2016).**

BENEFICIARIOS	n
Victimas adultos con DI	281
Victimas adolescentes (14-21) con DI	93
Victimas menores de 13 años con DI	74
Mujeres	320
Hombres	128
Familiares de Víctimas con DI	1.096
Asesoramiento y supervisión de profesionales	779
<b>TOTAL</b>	<b>2.323</b>

Con respecto a los tipos de abuso, destaca que un 23% de la población que hemos atendido ha sido por abuso sexual intrafamiliar, seguido por un 15% por abuso sexual extrafamiliar perpetrado por personas relacionadas con su red social y un 12% por abuso sexual perpetrado por algún compañero de su colegio o centro asistencial (Figura 3). De las víctimas atendidas en la UAVDI, se observa que en la relación entre las víctimas y el agresor exis-

te un alto porcentaje de relaciones familiares o relaciones cercanas, esto explicaría los bajos porcentajes en la revelación del abuso por parte de las personas con discapacidad intelectual, un 3% (Valenti-Hein, 1995). En la figura 3 se presentan las frecuencias de los diferentes tipos de abuso atendidos en la UAVDI, teniendo en cuenta que algunos de los casos atendidos presentaban más de un tipo de abuso.

**Figura 3. Frecuencias según tipos de abuso atendidos en la UAVDI (Incluido septiembre 2016)**



### 3. NECESIDADES DETECTADAS Y RETOS FUTUROS PARA UN MEJOR FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO.

La UAVDI es un proyecto pionero en España y único en lo que se refiere a la atención a víctimas con DI. Se propone un nuevo modelo de intervención metodológica tanto a nivel terapéutico como policial y judicial, destacando en este último la introducción de la figura del facilitador. Esta figura se basa en el modelo inglés de los ISVA (Independent Sexual Violence Advisors) (Department of Health et al., 2009; Department of Health, 2011), un servicio perteneciente a la Administración Pública especializado en casos de abuso sexual a víctimas vulnerables que adapta todo el proceso penal a sus necesidades. Esta adaptación contribuye a un acceso a la justicia de estas personas más efectivo ya que permite que los procedimientos se adecúen a las limitaciones y capacidades de cada una de las personas con DI que han sido víctima de un abuso o maltrato y han decidido denunciar. La intervención directa del facilitador contribuye a la concienciación de los agentes policiales y judiciales en la necesidad

de adecuar sus procedimientos según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU.

No obstante, y pese a contar con experiencias muy positivas desde la UAVDI (tabla 2), en la práctica tanto en comisarías como en Juzgados, la figura del facilitador no está reconocida oficialmente por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado ni por la Administración de Justicia, de manera que la coordinación con dichas instituciones y la subsiguiente intervención en el proceso siempre han venido determinadas, previo improbable conocimiento de la existencia de la UAVDI, por iniciativa propia y/o buen hacer del agente u operador jurídico de turno.

Si comparamos los datos de la tabla 2, destaca que el número de casos en los que participa el facilitador que son sobreesidos (16%) es menor que el número de casos en los que no participa el facilitador (62%). Estas cifras hablan de la importancia de adaptar los procesos policiales y judiciales según las características de las víctimas con DI. Sabemos que las personas con

DI van a ser más sugestionables, con una alta deseabilidad social y debido a sus limitaciones cognitivas sus respuestas van a depender de cómo se hagan las preguntas. Las adaptaciones insertadas por el facilitador le ofrecen a la víctima con DI la posibilidad de continuar de la forma más justa y adaptada los procesos

policiales y judiciales. Además, destaca la incidencia de la intervención del facilitador en la reducción del efecto de la **victimización secundaria** (Núñez-Polo, Alemany, Berenguer, Recio y Martorell, 2016).

**Tabla 2. Comparación de los porcentajes de la situación de los casos denunciados (n=180) con facilitador y sin facilitador (Incluido septiembre 2016).**

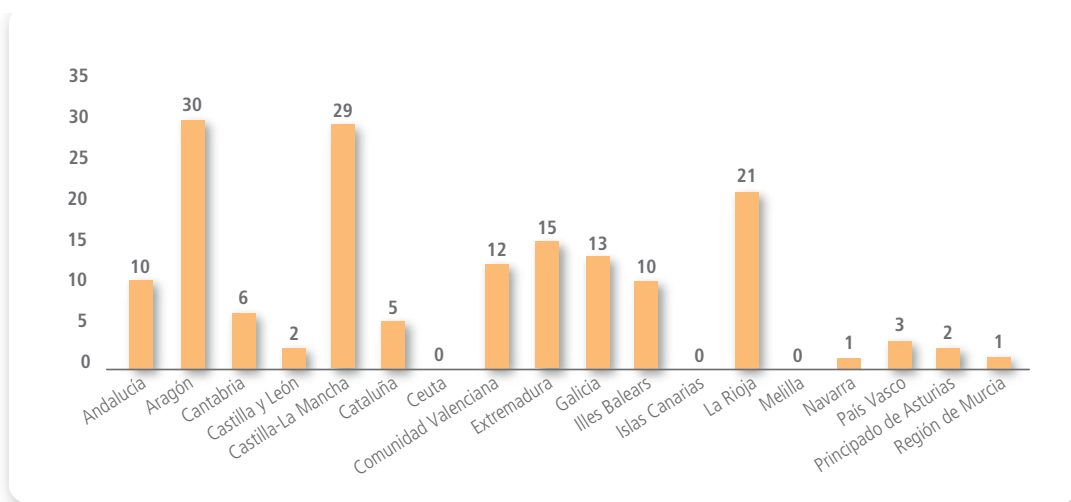
Estado de juicio (n=180)	Sin facilitador (n=96)	Con facilitador (n=70)
Sobreseído	62%	16%
En instrucción	15%	32%
Pendiente de juicio	6%	18%
Sentencia Absolutoria	7%	5%
Sentencia Condenatoria	10%	29%

#### 4. SERVICIOS QUE DERIVAN A LA UAVDI.

La atención que ofrece la UAVDI engloba todo el territorio ...español. Hasta la fecha... (septiembre 2016), se han atendido 322 casos

procedentes de la Comunidad de Madrid y 160 casos procedentes de otras comunidades autónomas (Figura 4).

**Figura 4. Casos atendidos en otras comunidades autónomas fuera de Madrid (Incluido septiembre 2016).**

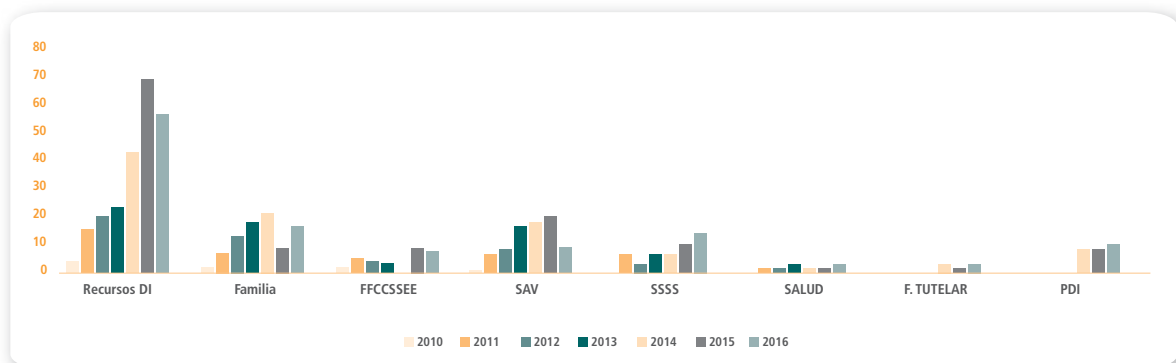


Como se ha visto en la Figura 1 el número de casos atendidos por la UAVDI ha ido creciendo considerablemente año tras año. Esto se debe a dos razones, por un lado, la unidad es más conocida entre los recursos que se dedican a la atención de personas con DI y, por otro lado, y quizá la más importante, cada vez se es más consciente de la posibilidad de que personas con DI puedan sufrir algún abuso y de la importancia de tomar medidas adecuadas.

Las fuentes de derivación a la UAVDI son tremendamente heterogéneas. En la Figura 5 se presentan las agrupaciones de fuentes de derivación: recursos dedicados a la atención de

personas con DI (colegios, centros ocupacionales, residencias), las propias familias de las víctimas, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado (entre los cuales están incluidos casos derivados desde fiscalía o juzgados), servicios de atención a víctimas (centro de abuso sexual infantil, puntos de violencia de género...), servicios sociales, recursos de salud (centros hospitalarios, centros de salud, recursos de salud mental), y por último las propias víctimas. La Figura 5 muestra el progreso en las derivaciones por parte de cada fuente a lo largo de los años, desde la puesta en marcha en 2010 de la UAVDI.

**Figura 5. Progresión de los servicios derivantes a la UAVDI (Incluido septiembre 2016).**



Atendiendo a la tabla 3, los recursos de atención a personas con DI, destacan por ser los más activos derivantes, estos datos tienen su lógica teniendo en cuenta que son los recursos que más contacto tienen con personas con DI. Respecto a las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado han mantenido su derivación a lo largo de los 6 años, aunque hay que puntualizar que en los últimos años se ha requerido a la UAVDI desde los propios juzgados para realizar las valoraciones y pruebas preconstituidas, de esta forma el soporte y las adaptaciones que se han realizado en el proceso judicial, han ayudado a que muchos casos no se hayan desestimado

desde la Fase de Instrucción. Por otro lado, llama la atención el número de casos derivados por las familias de personas con DI. Las derivaciones recibidas por las familias aumentan significativamente año tras año. De todas las fuentes de derivación destacan, por el escaso número de derivaciones, las derivaciones efectuadas por la propia persona con discapacidad intelectual. Este hecho contrasta con la fuerte labor de prevención y sensibilización que efectúa la UAVDI, capacitando anualmente a más de 500 adolescentes y adultos con DI en materia de abuso y maltrato.

**Tabla 3. Número de casos derivados por año según servicios derivantes (Incluido septiembre 2016).**

	RECURSOS CON DI	FAMILIA	FFCCSSEE	SAV	SSSS	SALUD	F. TUTELAR	PROPIAS
2010	4	0	2	1	0	0	0	0
2011	14	2	4	5	5	1	0	0
2012	30	7	3	6	2	1	0	0
2013	37	11	2	15	5	2	0	0
2014	41	15	0	16	5	1	2	4
2015	82	8	7	17	11	1	1	4
2016	55	15	6	10	13	2	2	5

## 5. CONCLUSIONES.

Desafortunadamente, en la actualidad la adecuada intervención del facilitador depende, en un alto grado, de la sensibilidad y capacidad de adaptación de cada profesional policial y judicial que tenga delante una víctima con discapacidad intelectual. Además, si bien es cierto que el número de derivaciones a la UAVDI por parte de agentes policiales y judiciales crece cada año, todavía es escaso el número de víctimas con DI que pasan por el sistema policial y judicial y que son derivadas a la UAVDI.

Es por todo lo anterior que, para un mejor funcionamiento del servicio y el consiguiente aumento cuantitativo y cualitativo de la atención, se considera imprescindible un reconocimiento oficial por parte de las administraciones públicas, especialmente aquellas que tengan atribuidas competencias en materia de justicia, de la figura del facilitador y la labor que ésta desempeña; así como el desarrollo de un protocolo de coordinación que permita la partici-

pación del facilitador en todos aquellos actos que impliquen la intervención de una persona con discapacidad intelectual en diligencias policiales y/o judiciales.

Parece claro que si queremos garantizar que las personas con DI ejerciten sus derechos sin discriminación y que su acceso a la justicia se dé en condiciones de igualdad, tal y como nos impera la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006), se hace necesaria la inclusión de ajustes en los procedimientos policiales y judiciales, así como en ámbitos relacionados en mayor o menor medida, como son los servicios sociales, sanitarios y educativos. Estos ajustes de procedimiento que, además, garantizan la reducción del efecto de la victimización secundaria, son los que precisamente, propone la figura del facilitador de la UAVDI.

## 6. BIBLIOGRAFÍA.

Alemany, A. Quintana, J.M. Recio, M. Silva, E. Manzanero, A.L. Martorell, A. González, J.L. (2012) Guía de intervención policial con personas con discapacidad intelectual. Fundación Carmen).

Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo. Resolución A/RES/61/106. Nueva York, 13 de diciembre de 2006.

Cambridge, P. y Carnaby, S. (2002) A personal touch: managing the risks of abuse during intimate and personal care. *Journal of Adult Protection* 2, pp. 4-16.

Davies, G. Tarrant, A. Flin, R. (1989) Close encounters of the witness kind: Children's memory for a simulated health inspection. *British Journal of Psychology* 84 (4), 415-429.

Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006) Secuelas emocionales en víctimas de abuso en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense* 12, 43-44.

González, J.L. Cendra, J. Manzanero, A.M. (2013) Prevalence of disabled people involved in Spanish Civil Guard's police activity. *Research in Developmental Disabilities*, 34, pp. 3781-3788.

Henry, L., Ridley, A., Perry, J., y Crane, L. (2011) Perceived credibility and eyewitness testimony of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55 (4), 385-391.

Hernández, M., Alemany, A., Berenguer, I., Recio, M, y Martorell, A. (2016) Integrative Therapy focused on Trauma for People with Intellectual Disability (TIT-ID): a therapeutic answer to abuse and intellectual disability experience in the individual and the family. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*, 4, 29-40.

Horner-Johnson, W. y Drum, C.E. (2006) Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: a review of recently published research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review* 12, 57-69.

Knutson, J. y Sullivan, P. (1993) Communicative disorders as a risk factor in abuse. *Topics in Language Disorders*, 13, pp. 1-14.

Madansky, D. (1996) Abusos sexuales. En S. Parker y B. Zuckerman (Eds.). *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*. Barcelona. Masson, 355-362.

Manzanero, A. L. y Recio, M. (2012) El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 19-25.

Manzanero, A. L., Contreras, M. J., Recio, M., Alemany, A. y Martorell, A. (2012) Effects of presentation format and instructions on the ability of people with intellectual disability to identify faces. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 391-397.

Manzanero, A. L., Pérez-Castro, P., Recio, M. y Alemany, A. (2013) Factores emocionales en el análisis de credibilidad de las declaraciones con víctimas con discapacidad intelectual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, 21-24.

Milner, J.S. y Crouch, J.L. (2004) El perfil del niño víctima de violencia. En J. Sanmartín (Ed.). *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*. Barcelona. Ariel, pp. 195-203.

Núñez-Polo, M.H. Alemany, A. Berenguer, I. Recio, M. Martorell, A. (2016) Integrative Therapy Focused on Trauma for People with Intellectual Disability (TIT-ID): A Therapeutic Answer to Abuse and Intellectual Disability Experience in the Individual and the Family. *Journal of Intellectual Disability: Diagnosis and Treatment* 4(1), 29-40.

Parker, J.F. Haverfield, E. Baker-Thomas, S. (1986) Eyewitness testimony of children. *Journal of Applied Social Psychology* 16 (4), 287-302.

Peled, M., Iarocci, G., & Cannolly, D. A. (2004) Eyewitness testimony and perceived credibility of youth with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 18(7), 669-703.

Recio, M., Alemany, A. y Manzanero A. L. (2012) La figura del facilitador en la investigación policial y judicial con víctimas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero: revista española sobre discapacidad intelectual*, 43(3), 54-68.

Department of Health (2011) *Response to Sexual Violence. Needs Assessment (RSVNA) Toolkit. Informing the commissioning and development of co-ordinated specialist services for victims of sexual violence*. <http://www.dh.gov.uk/publications>

Department of Health, Home Office, Association of Chief Police Officers (2009) *Revised National Service Guide. A Resource for developing sexual Assault Referral Centres*. <http://www.dh.gov.uk/publications>.

Sobsey, D. y Varnhagen, C. (1991) Sexual abuse and exploitation of disabled individuals. En C. Bagley y R. J. Thomlinson (Eds.), *Child Sexual Abuse: Critical Perspectives on Prevention, Intervention and Treatment* (pp. 203-216). Toronto: Wall & Emerson.

Tharinger, D. Horton, C.B. Millea, S. (1990) Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse and Neglect*, 4 (1990), pp. 301-312.

Valenti-Hein D., Schwartz L. (1995) *Sexual abuse interview for those with developmental disabilities*. Santa Barbara, CA: James Stanfield Company.

Verdugo, M.A. y Bermejo, B. G. (1995) El maltrato en personas con retraso mental. *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*, 873-924. Madrid: Siglo Veintiuno.

Verdugo, M.A. Alcedo, M.A. Bermejo, B. Aguado, A.L. (2002) El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, pp. 124-129.



# LA ATENCIÓN INTEGRADA EN ESPAÑA -TRES DÉCADAS DE BUENAS INTENCIONES (Y ALGÚN QUE OTRO SILENCIO).

ARTURO ÁLVAREZ ROSETE  
LUCÍA MARTÍNEZ MARTÍN  
OMIS - New Health Foundation.

## SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.
2. MAYORES Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO.
3. DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA.
4. SALUD MENTAL.
5. PALIATIVOS.
6. CRONICIDAD.
7. POLÍTICA SANITARIA NACIONAL.
8. PLANES SOCIOSANITARIOS AUTONÓMICOS.
9. REFLEXIÓN Y PROPUESTA.
10. REFERENCIAS.

## PALABRAS CLAVE

Salud mental; cronicidad; envejecimiento; discapacidad; paliativos; leyes, planes y programas.

## RESUMEN

El paradigma de la atención integrada social y sanitaria lleva gestándose en España desde mediados de los años 80 del siglo XX, desde varias disciplinas y ámbitos: política sanitaria general, envejecimiento, discapacidad y dependencia, salud mental, cronicidad, cuidados paliativos, etc. El artículo levanta acta de la existencia de numerosas declaraciones programáticas en España sobre la necesidad de coordinación intersectorial entre servicios sanitarios, sociales y otros sectores.

## KEYWORDS

Mental health; chronicity; aging; disability; palliative; laws, plans and programs.

## ABSTRACT

The paradigm of integrated social and health care has been developing in Spain since the mid-1980s, from various disciplines and areas: general health policy, aging, disability and dependency, mental health, chronicity, palliative care, etc. The article notes the existence of numerous programmatic declarations in Spain on the need for intersectoral coordination between health services, social services and other sectors.

## 1. INTRODUCCIÓN.

Desde la perspectiva que ofrece estar en el último trimestre de 2016, España parece estar ya incorporada a la agenda mundial de reforma, innovación e investigación en coordinación sociosanitaria e integración asistencial. Así lo demuestra la celebración del 16 Congreso Internacional de Atención Integrada organizado por la International Foundation of Integrated Care (IFIC) en Barcelona, en mayo de 2016, del que se hizo eco el número anterior de Actas de Coordinación Sociosanitaria. El Congreso fue un fórum internacional para el debate científico, pero también un escaparate de experiencias innovadoras tanto de dentro como fuera de nuestras fronteras, que constató que se están descubriendo nuevos territorios, que hay ya marcos para conceptualizar adecuadamente lo que está pasando y que hay evidencia creciente de lo que está funcionando y de los impactos que se están consiguiendo.

¿Es que, de buenas a primeras, nos hemos colocado en el mapa internacional? Lo cierto es que no. Como pretende mostrar este artículo de recopilación de las declaraciones programáticas de distintos sectores en España, el paradigma de la coordinación social y sanitaria lleva gestándose desde los años 80 del siglo XX. Es más, podríamos remontarnos a la década de los 40 del mismo siglo y reconocer ahí sus orígenes remotos, cuando los hospitales españoles de posguerra se empezaron a dotar de trabajadores sociales sanitarios para “gestionar los aspectos sociales de la enfermedad que padecen las personas atendidas en los centros sanitarios” (Hervás 2016).

Pero el artículo no se retrotraerá tan lejos sino que se limitará a recopilar y releer las de-

claraciones programáticas de las últimas 3 ó 4 décadas donde se nos anima a avanzar hacia la coordinación social y sanitaria. Ha sido casi medio siglo de buenas intenciones, aunque también de inexplicables silencios y preocupantes ausencias. Comenzaremos en los enfoques de atención a mayores y envejecimiento, discapacidad y dependencia, salud mental, cronicidad y cuidados paliativos, para repasar posteriormente las declaraciones a nivel de política sanitaria general y a nivel específico sociosanitario. Hay además muchos otros ámbitos que el artículo no tocará (p. ej. atención a víctimas de maltrato y de violencia sexual, atención temprana a niños y niñas, etc.), pero en los que las mismas necesidades de coordinación son percibidas y las mismas respuestas son reclamadas.

## 2. MAYORES Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

La geriatría moderna es una de las primeras especialidades médicas que reconoció e incorporó el principio de asistencia integral para la atención de las personas mayores. Así lo entendió ya el Plan Gerontológico de 1992 (IMSERSO, 1992) que definió líneas de actuación, objetivos y medidas necesarias para avanzar en la coordinación intersectorial de sanidad y servicios sociales (Fundación Caser 2015). Y así lo reafirmó el Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007, recogiendo además que la coordinación sociosanitaria era una de las recomendaciones usuales que se venían haciendo en los Congresos de Personas Mayores organizados por el Consejo Estatal de las Personas Mayores (IMSERSO 2003).

El concepto de “envejecimiento activo” establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Acción Internacional de Viena de 1982 introdujo una perspectiva ra-

dicalmente positiva del envejecimiento, reconociendo que “la calidad de vida no es menos importante que la longevidad”, para lo cual las personas mayores deben disfrutar de “una vida plena, saludable, segura y satisfactoria y ser estimadas como parte integrante de la sociedad”. En España, Andalucía fue pionera en traducir este objetivo en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo de 2010. Para envejecer de forma plena, saludable y segura, se necesita contar “con los apoyos sociales, jurídicos y sanitarios, en caso de necesitarse”, para lo cual se requiere un enfoque integral, transversal, intersectorial y coordinado (Junta de Andalucía 2010). De igual forma, el Libro Blanco del Envejecimiento Activo, publicado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales en 2011, constató que la coordinación entre servicios sociales y sanitarios “figura como prioridad política y asistencial en la mayoría de los documentos publicados en las últimas décadas en relación con las medidas a tomar para afrontar el hecho del envejecimiento de la población” (IMSERSO 2011: 263).

En definitiva, el elemento de coordinación entre sectores ha sido constante en las diferentes declaraciones programáticas de atención a personas mayores y de promoción del envejecimiento activo. La promoción del envejecimiento libre de discapacidad y protegido frente a la dependencia y la enfermedad requiere de “políticas de coordinación institucional e intersectorial social y sanitaria, que faciliten iniciativas transversales” (Sanchis et al. 2014).

### 3. DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA.

El marco conceptual de la discapacidad y la dependencia ha transitado desde un enfoque biológico-individual, que entendía la discapa-

cidad como resultado de los déficits del individuo para llevar a cabo las actividades esperadas por la sociedad para su edad, género, etc., a un enfoque social que, poniendo el foco en los derechos de las personas, “sostiene que una parte sustancial de las dificultades y desventajas que tienen las personas con discapacidad no son atribuibles a sus propios déficits y limitaciones sino a carencias, obstáculos y barreras que existen en el entorno social” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2003: 22). Mientras que el enfoque biológico-individual buscaba rehabilitar al sujeto afectado para que este se adaptara lo más posible al ambiente para acercarse a realizar esas actividades esperadas, el enfoque social de la discapacidad pretende tanto atender las limitaciones de la persona como intervenir sobre los obstáculos restrictivos del entorno:

“La solución, por tanto, de los problemas inherentes a la discapacidad no es sólo individual y requiere también cambios en los entornos inmediatos (hogar, escuela, centros de trabajo, establecimientos comerciales, etc.), en las estructuras sociales formales e informales existentes en la comunidad (transporte, comunicaciones, seguridad social, políticas laborales, etc.), y también cambios en las normas, criterios y prácticas que rigen e influyen en el comportamiento y en la vida social de los individuos. El enfoque correcto, por tanto, supone actuar simultáneamente sobre las personas y sobre los entornos donde estas personas viven” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2003: 22).

Esta evolución conceptual, que se descubre al revisar las políticas de discapacidad de España, pide a gritos la coordinación de todos los agentes que pueden transformar el entorno de

las personas con discapacidad. En este camino, ha sido constante la llamada a la “articulación armónica de diferentes recursos, prestaciones y profesionales”, incorporando lo social y lo sanitario, para que la persona que tiene una discapacidad o que se encuentra en situación de dependencia, y su familia cuidadora, reciban la atención que precisan de manera continuada y permanentemente adaptada a su situación (Rodríguez 2014). Pero, como vamos a ver, en este camino también se han producido olvidos o ausencias, cuanto menos curiosas.

Así, más de treinta años después, la ley 13/1982 de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido (LISMI) nos resulta, seguramente, antigua en su lenguaje y planteamiento, pero fue en su día un hito: la ley apostaba por la completa realización personal y por la “total integración social” de los “minusválidos”, y por la asistencia y tutela necesarias para aquellas personas con limitaciones funcionales, intelectuales y sensoriales severas. La ley contenía elementos que hoy reconocemos como esenciales para atender integralmente las necesidades de las personas (todos nosotros, incluidas las personas con discapacidad): así, como ejemplo, el artículo 10 fijaba la creación de “equipos multi-profesionales que, actuando en un ámbito sectorial, aseguren una atención interdisciplinaria a cada persona que lo precise, para garantizar su integración en su entorno socio-comunitario”.

Otro hito fue el Convenio de Colaboración firmado en 2001 entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI) – hoy Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, con las mismas siglas – que comprometió al Ministerio a desarrollar iniciativas,

programas, medidas y acciones en los ámbitos de su competencia para mejorar las condiciones de vida, de salud y de consumo de las personas con discapacidad.

El II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2003-2007 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2003) estableció toda una línea (Estrategia 12) enfocada a promover la atención socio-sanitaria, que incluía medidas como: “el diseño e implantación del método de valoración, un sistema de información sociosanitaria y un sistema de normas técnicas de acreditación y evaluación de servicios”; el “desarrollo de proyectos innovadores en materia de atención temprana, cuidados a domicilio, servicios de apoyo, atención diurna y atención residencial a colectivos prioritarios gravemente afectados: mujeres con discapacidad, enfermos mentales, personas con grave daño cerebral”; el “fomento y apoyo a la creación de Redes de Intercambio de conocimientos y buenas prácticas en atención socio-sanitaria”; etc.

En la misma línea, el Libro Blanco de Atención a la Dependencia en España de Diciembre de 2004 (IMSERSO 2004) planteaba la coordinación entre los sectores sociales y sanitarios como un reto “imprescindible” y dedicaba todo un capítulo a analizar la situación de partida y a proponer medidas como la creación de órganos, estructuras o instrumentos (p.ej. las comisiones sociosanitarias de área), la puesta en marcha de experiencias piloto, el diseño de áreas y mapas comunes de recursos, el consenso de circuitos de valoración o la unificación del sistema de valoración o la formación conjunta de profesionales sanitarios y sociales en técnicas de trabajo en equipo e intervención interdisciplinaria.

Pero en este viaje conceptual de la política de discapacidad y dependencia en España, también detectamos ausencias u olvidos. Paradójicamente, la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia pasó de puntillas sobre la coordinación entre los sectores sanitario y social –salvo en lo referido a salud mental que se mencionó arriba. El soslayo del tema de la coordinación sociosanitaria, “limitándola a un par de menciones sin ningún contenido y apenas intenciones en su articulado”, le hacía temer a algunos que “todo lo que no contribuye a la solución contribuye a aumentar el problema” (Carrillo et al. 2010: 6).

Y en este caminar hacia atrás, el III Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2009-2012 (Ministerio de Sanidad y Política Social 2009) no incluyó la línea estratégica de atención sociosanitaria que sí aparecía en el II Plan, hasta el punto de que no se menciona ni una vez la palabra “sociosanitario”, “atención integrada” ni ninguna de sus variantes. Tampoco se abordó en la Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020, salvo en la vaga llamada a “fomentar, junto con las demás unidades competentes, la puesta en marcha de una Estrategia Sociosanitaria, que integren los recursos disponibles para dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad y de sus familias” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2012: 36-37).

En todo caso, lo que no ha recorrido la vía legal, lo ha aportado la reflexión en círculos expertos y las iniciativas de varios colectivos. La apuesta del Observatorio Estatal de la Discapacidad por la construcción de un espacio sociosanitario inclusivo para personas con dis-

capacidad en el documento de posición que publicaron en 2014 supuso una contribución importante, sobre todo en cuanto a la descripción detallada de los múltiples déficits de nuestros sistemas de salud y sanitario, que generan situaciones de desatención y desigualdad (OED 2014). En la misma línea, el CERMI (2014) reivindicó poder participar en “la creación de un Sistema Sociosanitario integrado, accesible, inclusivo y de calidad”.

Y es justo además reconocer como aportación al desarrollo de la agenda la transición que experimentó esta misma revista Actas de la Dependencia de la Fundación Caser, que en el año 2015 se reconstituyó como la revista Actas de Coordinación Sociosanitaria, “para reflexionar sobre la necesaria confluencia entre el mundo de la atención social con el de la atención sanitaria” y para “dejar constancia de lo que está sucediendo en el entorno” español (Herrera 2015).

#### 4. SALUD MENTAL.

Salud mental ha sido también uno de los ámbitos que más han demandado coordinarse para prestar una atención de calidad a las personas con enfermedad mental. La Ley 4/1986 de 25 de abril General de Sanidad se fijó en la coordinación entre servicios de salud mental y atención psiquiátrica con servicios sociales para la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Pero la apuesta definitiva por la intersectorialidad ha venido con la asociación de enfermedad mental a los conceptos de discapacidad y de la dependencia: “el reconocimiento de las personas con enfermedad mental como personas con discapacidad o personas en situación

de dependencia las habilita para acceder a las medidas y recursos que conforman el sistema de equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad” (García Martín 2012: 28). Este reconocimiento quedó explícito en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, que recogió la especificidad de los enfermos mentales y cuidó de amparar las diferentes situaciones de dependencia de las personas con enfermedad mental.

La urgencia por la coordinación se hizo explícita tanto en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006 como en la que le siguió en 2011 (para el periodo 2009-2013) que establecieron como objetivo principal la coordinación intrasectorial (integrando la salud mental en el sistema sanitario general) y la coordinación intersectorial en red:

“La existencia de una red de servicios fundamentada en una concepción biopsicosocial y comunitaria de la atención, basada en acuerdos de funcionamiento integrado entre los servicios de salud mental, la atención primaria y los servicios sociales, y respaldada por el correspondiente órgano interdepartamental, es otra de las bases para una coordinación efectiva y, a la vez, posiblemente la más difícil de lograr” (MSC 2007: 107).

## 5. PALIATIVOS.

Desde sus orígenes en la obra de la Dra. Cicely Saunders en 1967, los cuidados paliativos (CP) han buscado aliviar el sufrimiento mediante la atención sanitaria y social de las personas que se encuentran al final de la vida, no sólo de los síntomas físicos sino también de las necesidades emocionales, sociales, espirituales y

los aspectos prácticos del cuidado de esas personas y de sus cuidadores y familias (Librada et al. 2015). Esta combinación de necesidades en la fase final de la vida ya, de por sí, requiere de un abordaje integral e integrado.

Pero además, los CP han ido evolucionando del “llamado Modelo Tradicional de atención al final de la vida en el que los cuidados paliativos se ofrecían una vez que los tratamientos curativos ya no fueran efectivos, al Modelo de Atención Integrada y Complementaria en la que los cuidados paliativos se ofrecen desde una fase más precoz de la enfermedad de manera que el tratamiento sintomático vaya aumentando progresivamente a medida que las oportunidades curativas van disminuyendo” (Librada et al. 2015: 71). Desde la perspectiva de este nuevo modelo, no se entienden los CP sino desde su coordinación con los recursos de orientación curativa (p.ej. durante las distintas fases de avance de las enfermedades crónicas; tratamientos oncológicos; etc.).

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud vino a garantizar como derecho la atención a los pacientes en situación terminal, atención que se venía dando en España desde los años 80 con la implantación de recursos fundamentalmente hospitalarios de Cuidados Paliativos (CP) y, desde 1991, con las experiencias de CP domiciliarios puestas en marcha por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Hoy en día, los CP están bien reconocidos en la legislación sanitaria española, tanto a nivel nacional como autonómico (hay estrategias o planes de CP en todas las Comunidades Autónomas (CCAA).

En estas estrategias o planes de paliativos está satisfactoriamente recogida la necesidad

de atención integral (de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de pacientes y familias); integrada y compartida (en todos los niveles asistenciales) y continuada (24 horas al día, 365 días al año); desde el “trabajo en red de todos los profesionales del sistema sanitario y social, gestores, gobiernos, incluyendo el tercer sector y voluntariado” (Librada et al. 2015: 71). Así lo afirma ya el Plan Nacional de Cuidados Paliativos España. Bases para su desarrollo de 2001, la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del SNS de 2007 (MSC 2007b) o su versión actualizada de 2010-2014 (MSPSI 2011) y los diferentes planes y estrategias autonómicas de CP.

## 6. CRONICIDAD.

Probablemente, el fenómeno de la cronicidad es el mayor desafío actual para el sistema de salud en España y a darle respuesta se dedican las diferentes estrategias y planes que se han venido generando en todas las Comunidades Autónomas. En algunas estrategias y planes se va un paso más al proponer una visión y relato de transformación radical de los sistemas de salud centrándolos en el cuidar y curar a las personas, más que en la curación de enfermedades agudas (por mencionar un par de ejemplos tan sólo: la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi o la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias).

Desde la perspectiva de este artículo, la necesidad de coordinación intersectorial aparece en todas las estrategias y planes nacionales y autonómicos. Así, el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes de Aragón de 2006 ya hablaba de necesidades sociales y sanitarias, de coordinación entre sectores y

apostaba por la creación de Unidades de Valoración Sociosanitaria (UVSS) y de gestores de casos que formaran parte de la estructura de Atención Primaria. La Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi de 2010 incluía un proyecto estratégico para la colaboración y coordinación del espacio sociosanitario en conjunto con los actores de servicios sociales para dar respuesta integral a los pacientes crónicos con necesidad simultánea de atención sanitaria y social.

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud publicada por el Ministerio de Sanidad en 2012 apuntaba a la “la fragmentación entre los diferentes niveles o ámbitos asistenciales de los servicios sanitarios y la mejorable coordinación entre éstos y los servicios sociales” como responsable de “la óptima atención a las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico”. Como solución, proponía “desarrollar instrumentos y cauces de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales con el objetivo de lograr, de forma progresiva, una atención integral de los problemas crónicos de salud” (MSPSI: 2012b).

## 7. POLÍTICA SANITARIA NACIONAL.

Como dijimos más arriba, la ley configuradora del moderno sistema de salud de España, la Ley 4/1986 de 25 de abril General de Sanidad, fue sensible a la necesidad de coordinación intersectorial, la coordinación entre servicios de salud mental y atención psiquiátrica con servicios sociales. En estos años de grandes reformas institucionales, se fueron sucediendo llamadas a corregir la falta de coordinación entre servicios, como la realizada por la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS (la conocida como



Comisión «Abril») en 1991, la del Acuerdo Marco Interministerial entre el Ministerio de Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad en 1993, o el Acuerdo del Pleno del Congreso de los Diputados de Consolidación y Modernización del SNS del 18 de diciembre de 1997. Quizá más importante, “en este periodo, se abrió una línea de colaboración entre ambos Ministerios mediante la creación de un grupo de expertos y la puesta en marcha de experiencias de coordinación sociosanitaria en varias áreas de salud de tres Comunidades Autónomas (Madrid, Valladolid y Murcia)” (IMSERSO 2004: 507). “Salvo algunas excepciones, estas comisiones adolecieron de capacidad ejecutiva para gestionar casos y reordenar recursos, y acabaron siendo un foro de discusión de escasa trascendencia” (IMSERSO 2004: 516).

Se llegó así a la ley 63/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que definió la prestación sociosanitaria como «la atención 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». Como apunta Hervás (2014:14), la ley 63/2003 hablaba de “prestación sociosanitaria”, que no de coordinación sociosanitaria; la limitaba a actuaciones simultáneas y sinérgicas entre sector sanitario y sector salud; y la circunscribía a la atención que se presta a enfermos crónicos. “De esta manera y a mi modo de ver, podrían quedar fuera de esta normativa las sinergias necesarias para trabajar la inserción laboral de los enfermos mentales, que requieren coordinación sociosanitaria entre el sistema de salud y el de empleo, o las sinergias

necesarias para atender a personas con dificultades de movilidad que requieren coordinación entre el sistema sanitario, servicios sociales y vivienda, o aquellas necesarias para atender a los menores con enfermedad crónica que han de integrarse en el sistema educativo” (Hervás 2014:14). En todo caso, la prestación sociosanitaria prevista en la Ley 16/2003 nunca se llegó a desarrollar reglamentariamente.

Con todos estos precedentes, la publicación en diciembre del 2011 del Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España, por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, encendió la ilusión de que el cambio de paradigma era imparable e inminente. El Libro Blanco realizó un mapeo de prácticas de coordinación sociosanitaria en España y vino a dejar constancia de que disponemos ya de suficientes experiencias y talento en nuestros SNS y SAAD como para liderar un cambio de paradigma. Constató además la falta de conocimiento de lo que se estaba haciendo ya en España en atención integrada y cómo esta ausencia de referentes de éxito lastraba el avance rápido y efectivo de esta agenda.

Pero la sensación de inminencia, sin embargo, no se materializó en un cambio del modelo de atención. Más bien, al paso adelante del Libro Blanco le siguieron un par de pasos atrás con el Informe de Atención Sociosanitaria de 2013 del Consejo Asesor de Sanidad, que, en línea con la ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, se limitó a la coordinación entre servicios sanitarios y sociales, poniendo el foco en las ganancias para el primero, sobre todo en términos de ahorro para los hospitales de agudos mediante la reducción de los tiempos de estancia hospitalaria (Hervás 2014:17). Además, en el documento, “se identifican muy

bien las patologías y las situaciones sanitarias subsidiarias de esta atención “sociosanitaria”, pero en ningún momento se identifican los problemas sociales que se deben sumar a esas dificultades sanitarias” (Hervás 2014:17).

Recientemente, el IMSERSO ha promovido una Estrategia de Coordinación Sociosanitaria que, al momento de escribir este artículo (agosto 2016), sigue siendo un borrador, revisado y aprobado por las comunidades autónomas pero sin haber visto todavía la luz. “Plantea cinco puntos a tratar: perfil de la persona a atender, catálogo de servicios, requisitos básicos comunes, instrumentos de coordinación y sistemas de información compartida. También habla de cómo debería ser la financiación pero de manera muy amplia... (la Estrategia) es más acertada en sus propuestas que lo recomendado por el “Consejo Asesor” (Hervás 2014:18).

En definitiva, desde la perspectiva de política sanitaria general, ha sido una sucesión de declaraciones expansivas y restrictivas del concepto y alcance de la coordinación sociosanitaria.

## 8. PLANES SOCIOSANITARIOS AUTONÓMICOS.

Leídos ahora, en 2016, muchos de los planes sociosanitarios autonómicos elaborados hace casi 20 años siguen siendo de total actualidad, tanto en su lenguaje y planteamiento como en las medidas propuestas. En el grupo pionero de la década de los 90 destacaron Cataluña, País Vasco, Castilla y León y Galicia, grupo al que posteriormente siguieron Cantabria, Navarra, Canarias y Extremadura en la década de 2000. Como veremos, algunas de estas CCAA han relanzado sus programas y planes.

En 1986, Cataluña puso en marcha el programa Vida Als Anys, destinado a la atención de las personas mayores enfermas, a los enfermos crónicos y a las personas en situación terminal (Salvà-Casasnovas et al. 2004). Se fue creando desde ahí un conjunto de servicios que concluyó con la creación de la Red de Servicios Sociosanitarios de Utilización Pública de Cataluña por decreto 242/1999 de 31 de agosto. Mediante contratación con entidades proveedoras (empresas públicas, consorcios, fundaciones, empresas privadas, etc.), se articularon recursos en los tres niveles asistenciales: servicios de internamiento de media o larga estancia, servicios de atención ambulatoria o equipos de valoración y soporte domiciliario. Los servicios de atención ambulatoria incluían hospitales de día y unidades de diagnóstico (geriátrico, de demencias y paliativos). Como equipos de valoración y soporte, se crearon las Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias (UFISS) en el nivel hospitalario y los Programas de Atención Domiciliaria y Equipo de Soporte (PADES) en el nivel de atención primaria.

En el País Vasco, desde 1996 se fueron sucediendo acuerdos marco entre el Departamento de Sanidad y Osakidetza-Servicio Vasco de Salud con los Departamentos de Servicios Sociales de las diputaciones forales: primero la de Guipúzcoa y dos años después, con las de Vizcaya y Álava. En 2001 los Departamentos de Justicia, Trabajo y Seguridad Social y de Sanidad del Gobierno Vasco lanzaron el Plan Sociosanitario de Euskadi. Informe de situación de partida que identificó las limitaciones y los déficit del modelo sociosanitario vigente en aquel entonces de cara a la elaboración de un Plan. “El documento presentó un plan estructurado por colectivos que no llegó a aplicarse, si bien algunas de sus consideraciones respecto

al modelo sociosanitario fueron recogidas en el Plan Estratégico de 2005. Puede considerarse un primer intento de planificación del espacio sociosanitario desde el nivel autonómico que, si bien no llegó a consolidarse, establece un precedente para el Plan Estratégico vigente, y adelanta algunos de sus elementos básicos” (Gobierno Vasco 2013).

Castilla y León lanzó el I Plan de Atención Sociosanitaria en 1998, regulándose posteriormente en el año 2000 las estructuras de coordinación sociosanitarias del ámbito autonómico (el Consejo de Dirección del Plan Sociosanitario), ámbito provincial (la Comisión de Dirección del Área Sociosanitaria del Plan) y ámbito local/área de salud (las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria). Posteriormente, el II Plan Sociosanitario 2003, impulsó el desarrollo de las funciones de estas comisiones y se crearon los Equipos de Coordinación de Base (ECBs), regulando su demarcación territorial y funciones.

En 1999, Galicia puso en marcha el Programa de Atención Sociosanitaria de Galicia “Programa PASOS” con el fin de “coordinar la atención sanitaria y social prestada a tres grandes grupos de enfermos crónicos: personas mayores con pluripatología y/o deterioro físico o cognitivo; personas con enfermedad mental crónica; y personas con discapacidad física, psíquica o sensorial. Se realizaron diversas experiencias piloto tanto en atención primaria como especializada coordinados de forma interinstitucional con servicios sociales de los ayuntamientos” (Xunta de Galicia 2013: 23).

El Plan Foral de Atención Sociosanitaria de Navarra de 2000 es otro ejemplo de la actualidad de un plan redactado hace más de 15 años.

Entre los objetivos del plan leemos: “adoptar un enfoque multidisciplinar en la atención a los usuarios-as, en los que confluye un problema sanitario y social, dando respuesta a las dependencias relacionadas con la capacidad funcional, la movilidad y la relación con el entorno”; “dar una nueva orientación a los servicios, recursos, programas sanitarios y sociales adaptándolos a las nuevas necesidades de la población, lo que exige una estrecha colaboración y coordinación intersectorial” (Gobierno de Navarra 2000: 14-15). La implementación del Plan Foral, sin embargo, adoleció de falta de presupuesto, fraguando algo más en el ámbito de salud mental. Sí se creó, sin embargo, la figura del Coordinador del Plan Foral de Atención Socio-Sanitaria.

En ese año 2000, junto con el Plan Navarro se publicó el Plan de Acción socio-sanitario para el Mayor de Cantabria 1999-2005 y un par de años después, en 2002, el Plan Integral Sociosanitario de Canarias. Una apuesta ambiciosa por el alineamiento y la coordinación de los sectores sanitario y social fue el Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura 2005-2010 de 2006, que creó comisiones básicas de coordinación sociosanitaria, estructuras como el PIDEX, nuevas figuras de coordinación de casos, etc.

Más recientemente, Galicia y País Vasco han relanzado sus planes sociosanitarios: el Plan Marco Atención Socio-sanitaria de Galicia (2013) y las Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria en Euskadi (2013). En el caso del País Vasco, se construye sobre el Plan Estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria (2005-2008), publicado en 2006 y que materializó la creación del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria para el ámbito

autonómico y de los Consejos Territoriales de Atención Sociosanitaria en cada uno de los territorios históricos.

En Cataluña, destaca la puesta en marcha en 2014 del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS), como instrumento del Gobierno de Cataluña y con la participación de los departamentos de Salud y de Bienestar Social y Familia y del mundo local para promover la transformación del modelo de atención social y sanitaria y participar en él con el fin de garantizar una atención integrada y centrada en las personas y capaz de responder a sus necesidades (Generalitat de Cataluña 2014).

## 9. REFLEXIÓN Y PROPUESTA.

Este artículo ha levantado acta de la existencia de numerosas declaraciones programáticas en España sobre la necesidad de coordinación intersectorial entre servicios sanitarios, sociales y otros sectores. La revisión – que si bien rigurosa, no ha pretendido ser sistemática– refleja que la preocupación por la coordinación socio-sanitaria ha venido sucediéndose durante las últimas décadas y desde varias disciplinas y ámbitos: política sanitaria general, envejecimiento, discapacidad y dependencia, salud mental, cronicidad, cuidados paliativos, etc.

Cada disciplina refleja preocupaciones diferentes. Por ejemplo, la apuesta por espacios sociosanitarios inclusivos en la perspectiva de la discapacidad se fija en aspectos de accesibilidad universal, igualdad de oportunidades y no discriminación del sistema de respuesta, dispositivos, infraestructuras, etc. En la perspectiva sanitaria, las preocupaciones tienen que ver con la aportación de la agenda de la atención

integrada para mejorar la sostenibilidad del sistema. Pero con acentos diferentes, desde cada disciplina y sector se coincide en reconocer la coordinación entre sectores como uno de los elementos fundamentales del modelo de atención de calidad que ahora se necesita.

Si nos dejáramos impresionar fácilmente por la simple constatación de las declaraciones, se podría concluir ingenuamente que el consenso político y programático en España sobre la necesidad de avanzar “decididamente” hacia la coordinación socio-sanitaria es total. Sin embargo, los silencios y las ausencias que hemos identificado en este largo discurrir de declaraciones y planes, en casi todos los ámbitos, muestra que el paradigma de la coordinación social y sanitaria no está, a nivel programático, tan maduro como podríamos pensar.

Ha llegado quizá la hora de dar un nuevo paso, pero no un paso más, sino el definitivo: la forja de un gran **Pacto transversal social y sanitario** (que incluya un Pacto Político o de Estado) para el desarrollo de un Modelo de Atención Integrada, que permita la generación de una nueva **Ley General que establezca las bases del nuevo Sistema de Nacional de Salud y Atención a la Dependencia**. Una ley nacida de las aportaciones desde todos los ámbitos y sectores, que consensúe los términos adecuados (¿coordinación socio-sanitaria? ¿prestación socio-sanitaria? ¿atención socio-sanitaria? ¿atención integrada?) y, lo más importante, que dé cobertura e impulso a las múltiples iniciativas que a nivel local y regional ya se están poniendo en marcha en España.

## 10. REFERENCIAS.

Carrillo Ridao E., Cervera Maciá M., Gil Suay V., Rueda Falcón Y. (2010) Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España, Madrid: Antares Consulting SA. <https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/302f724bb3aee932dab3310f0ec83eb69157758.pdf>

Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) (2014) La discapacidad en el nuevo espacio sociosanitario. Conclusiones de la Jornada de 31 enero 2014, <http://www.cermi.es/es-ES/Paginas/Portada.aspx>

Fundación Caser (2015) La situación del servicio de ayuda a domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro. [http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/librosad\\_completo\\_web.pdf](http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/librosad_completo_web.pdf)

García Martín J.M. (2012) Enfermedad Mental y Dependencia, Actas de la Dependencia, vol.5, pp.25-42

Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència (2014) Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) [http://presidencia.gencat.cat/ca/el\\_departament/plans\\_sectorials\\_i\\_interdepartamentals/PIAISS/](http://presidencia.gencat.cat/ca/el_departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/)

Gobierno de Navarra (2000) Plan Foral de Atención Socio Sanitaria. <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/2AA8B822-615B-43B8-A8AE-EA94D7EA09E7/76271/PlanForaldef.pdf>

Gobierno Vasco (2013) Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013-2016 [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/l\\_e\\_sociosanitarias\\_es.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/l_e_sociosanitarias_es.pdf)

Herrera Molina E. (2015) Editorial, Actas de Coordinación Sociosanitaria, vol.13, marzo, <http://www.fundacioncaser.org/actividades/revista-actas-coordinacion-sociosanitaria/actas-de-coordinacion-sociosanitaria-n-13>

Hervás de la Torre A. (2014) Sistemas de Protección social: la salud, Servicios Sociales y Política Social, vol. 105, pp. 11-21.

Hervás de la Torre A. (2016) La coordinación sociosanitaria: espacio profesional del Trabajo Social Sanitario en la atención integral a la salud de las poblaciones. Actas de Coordinación Sociosanitaria, vol. 16.

IMSERSO (2003) Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007, <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/planppmm20032007.pdf>

IMSERSO (2004) Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España, <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

IMSERSO y Agencia de Calidad del SNS (2011) Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España, <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>, p. 10

Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (2010) Libro Blanco del Envejecimiento Activo. <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/372/Libro%20Blanco%20del%20Envejecimiento%20Activo.pdf>

Librada S., Herrera E. y Pastrana T. (2015) "Atención centrada en la persona al final de la vida: atención sociosanitaria integrada en cuidados paliativos", Actas de Coordinación Sociosanitaria, vol. 15, pp. 67-94

Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) (2001) Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo, [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS\\_PALIATIVOS/opsc\\_est7.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est7.pdf)

Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) (2007) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)

Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) (2007b) Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, <http://www.aepcp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) III Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2009-2012, <http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/informacion/planAccionDiscapacidad.htm>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) (2011) Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014, <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) (2012) Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020, [http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia\\_espanola\\_discapacidad\\_2012\\_2020.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_espanola_discapacidad_2012_2020.pdf)

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) (2012b) Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2003) II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007, [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6636/iipapcd2003\\_2007.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6636/iipapcd2003_2007.pdf)

Observatorio Estatal de la Discapacidad (OED)(2014) Espacio Sociosanitario Inclusivo <http://observatoriodeladiscapacidad.info/attachments/article/44/00-Espacio%20sociosanitario-Num.%2067.pdf>

Rodríguez P. (2014) La atención integral y centrada en la persona (AICP). Bases y principales referentes; en Rodríguez P. y Vilá A. (eds) Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad, Madrid: Tecnos, pp. 91-112.

Salvà-Casasnovas A., Llevadot D., Miró M., Vilalta M. y Rovira J.C. (2004) La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña, Revista Española de Geriátrica y Gerontología vol. 39 (2), pp. 101-108.

Sanchis Sánchez A., Igual Camacho C., Sánchez Frutos J., Blasco Igual M.C. (2014) Estrategias de envejecimiento activo: revisión bibliográfica, Fisioterapia vol. 36, pp. 177-86. <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-estrategias-envejecimiento-activo-revision-bibliografica-S0211563813000692>

Xunta de Galicia (2013) Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia, <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/estudios/Plan-Atencion-Sociosanitaria-Galicia-2013.pdf>





# ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EXTREMADURA. MÁS ALLÁ DE LA CRONICIDAD.

**MANUEL CID GALA**  
**MIGUEL SIMÓN EXPÓSITO**

Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD).  
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

**BEATRIZ MARTÍN MORGADO**  
**MANUELA RUBIO GONZÁLEZ**

Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud.  
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

## SUMARIO

1. BREVE INTRODUCCIÓN.
2. LOS ORÍGENES.
3. DÓNDE ESTAMOS. COORDINACIÓN TANGIBLE.
4. MÁS ALLÁ DE LA CRONICIDAD. CONCLUSIÓN.
5. REFERENCIAS.

## PALABRAS CLAVE

Plan Marco; recursos sociosanitarios; estructuras de coordinación sociosanitaria; deterioro cognitivo; salud mental; Extremadura.

## RESUMEN

En el año 2003, Extremadura apostó firmemente por la convergencia de la atención a la enfermedad y la atención a las necesidades generadas por situaciones de dependencia, con un compromiso político que resultó en el Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura 2005-2010. El Plan Marco facilitó la definición de un escenario de coordinación en el que la atención sanitaria y la atención social trabajaran de manera efectiva y eficiente y permitió la creación de estructuras de coordinación sociosanitaria en diversos niveles de atención. Este artículo recoge los elementos (tangibles) que conforman el marco de atención integrada en Extremadura y las distintas experiencias y programas actualmente en marcha en esta Comunidad.

## KEYWORDS

Framework Plan; social and health resources; social and health coordination structures; cognitive impairment; mental health; Extremadura.

## ABSTRACT

In 2003, Extremadura strongly supported the convergence of care for illness and attention to the needs generated by situations of dependency, with a political commitment that resulted in the Framework Plan for Public Health Care in Extremadura 2005-2010. The Framework Plan facilitated the definition of a coordination scenario in which health care and social care worked effectively and efficiently and allowed the creation of social and health coordination structures at various levels of care. This article outlines the (tangible) elements that make up the framework of integrated care in Extremadura and the different experiences and programmes currently in progress in this Community.

## 1. BREVE INTRODUCCIÓN.

En el año 2003, Extremadura, apostó firmemente por la atención sociosanitaria creando una Dirección General con ese nombre en la estructura del Servicio Extremeño de Salud. Fue quizá el primer compromiso tangible para la convergencia de atención a la enfermedad y la atención a las necesidades generadas por situaciones de dependencia desde los gestores políticos. El objetivo fue dar valor y poder situar de una vez por todas este concepto, tanto en el entorno sanitario como en el social, con todo lo que ello implicaba de cambios organizativos.

La coordinación sociosanitaria en Extremadura, hasta esa fecha, al igual que en muchas otras partes del Estado español, ya existía en mayor o menor medida, pero no de una manera orientada a unos objetivos claros, sino producto de la buena voluntad y motivación profesional y sin que supusiera un elemento de definición básico para la intervención comunitaria.

Consecuencia de lo anterior se definió el Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010, que ha facilitado la definición de un escenario de coordinación en el que la atención sanitaria y la atención social trabajaran de manera efectiva y eficiente, y dentro unos perfiles de atención específicos.

Entre otras cosas, se crearon estructuras de coordinación sociosanitaria en diversos niveles de atención que consiguieron que no naciera por falta de celo, o por exceso del mismo, un tercer espacio de atención. Para ello argumentamos que, si ya existía una estructura y programas suficientes en la sanidad y en la aten-

ción social, para qué crear algo nuevo llamado “sociosanitario”. Lo que en realidad había que definir era cómo esas dos estructuras se ponían en contacto, en relación, y cómo conseguían aproximarse al objetivo común de atender las necesidades de salud y de ayuda del ciudadano. Otros importantes avances llegaron después a reforzar tanto el convencimiento como la necesidad de esta planificación: la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia y la decisión de concentrar en una misma Consejería las competencias sanitarias y de atención a la dependencia.

Introducida la cuestión este artículo pretende ofrecer una foto con los elementos que conforman el marco de atención integrada en Extremadura, para después efectuar un breve recorrido por las distintas experiencias y programas actualmente en marcha y que fundamentan la atención sociosanitaria en esta Comunidad.

## 2. LOS ORÍGENES.

Hoy día parece existir un cierto consenso en que la atención sociosanitaria está asociada a los cuidados de larga duración de las personas que presentan dependencia y enfermedades crónicas y que por ello, requieren apoyo para la realización de sus actividades de la vida diaria y cuidados sanitarios más o menos intensos o continuados.

El abordaje de dichas necesidades requiere la organización de una serie de redes de atención y de estructuras de coordinación que superen la tradicional división y organización de los sistemas sociales y sanitarios tradicionales. Sin embargo, en el año 2003, el sistema sanitario no sólo en nuestra región, sino en el conjunto

de las Comunidades Autónomas, se caracterizaba por una alta capacidad de resolución de la enfermedad aguda, organizando sus prestaciones en torno a la atención ambulatoria y la hospitalización de corta duración, pero con ausencia de cobertura de las necesidades generadas por la atención y los cuidados sanitarios de larga duración.

Por su parte, las prestaciones sociales se organizaban en ese momento en torno a dos colectivos exclusivamente: discapacidad y personas mayores. Es decir, sólo se presta atención a las necesidades de apoyo, fundamentalmente residencial y de día, que presentan las personas mayores y aquellas que están en posesión de un certificado de discapacidad. En esencia y ahí radica aún una de las dificultades esenciales de la construcción de una adecuada atención sociosanitaria, **no existe un sistema social como tal, entendido como universal y accesible**, con independencia de la edad o la causa de la dependencia y organizado de manera transversal.

Por último, las redes de atención están descoordinadas e inconexas, sin perjuicio de que la propia actividad asistencial de los profesionales requiere. No había estructuras ni procesos definidos de atención.

Más allá de los aspectos organizativos, esta situación repercutía no sólo en las dificultades de coordinación de las redes, sino en la propia carencia de servicios para determinadas situaciones: atención hospitalaria de larga duración para necesidades cuidados prolongados e intensos, atención residencial a menores de 55 años, dificultades para la rehabilitación de patologías crónicas, ausencia de servicios de apoyo y cuidados a personas dependientes sin

discapacidad, entre otras. Además, estas carencias acaban repercutiendo en la ineficiente atención que se prestaba a determinadas situaciones en ambos sistemas: ingresos o estancias inadecuadas por carencia de red social de apoyo, en el caso del sistema sanitario, o carencias en el abordaje de la enfermedad en el caso de los servicios residenciales de personas mayores, por citar sólo dos ejemplos.

Sin embargo, varios elementos confluyeron para intentar superar ese escenario :

- **La publicación de la Ley 16/2003**, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que define en su artículo 14, la atención socio-sanitaria dentro del sistema sanitario. Abre el camino al desarrollo de un sistema que supere la atención curativa e incorpore de manera progresiva las prestaciones destinadas a la curación y la rehabilitación de las patologías crónicas.

- **La creación del Servicio Extremeño de Salud [SES]** en el año 2002, una vez recibidas las transferencias sanitarias, abre un espacio de diseño y puesta en marcha de un nuevo modelo sanitario propio en el marco del Sistema Nacional de Salud. Este modelo nace caracterizado por la unificación de los niveles sanitarios en una estructura de Gestión de Área Única que integra no sólo la atención primaria y la especializada, sino también la salud pública. Este concepto de la atención sanitaria lleva también a la integración y desarrollo dentro del propio SES de programas transversales que pretenden ser integrales, por cuanto prestan atención a las necesidades sanitarias y sociales de las personas. Cabe citar la integración de la red de drogodependencias, el desarrollo de la atención social y

sanitaria a los trastornos mentales graves o la puesta en marcha del programa regional de cuidados paliativos.

- Este nuevo concepto de atención sanitaria que se gesta en el SES, lleva a la creación de la **Dirección General de Atención Sociosanitaria** que potencia e integra dentro del propio sistema sanitario, los programas de atención que incorporan prestaciones sociales y sanitarias.

- Por su parte, las prestaciones destinadas a la atención a la dependencia [ubicadas entonces en la desaparecida Consejería de Bienestar Social] reciben un impulso definitivo con el inicio de los **trabajos previos a la promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia**. Ello lleva a un replanteamiento de dichas prestaciones, que necesitan organizar su atención para incorporar de manera progresiva la atención a todas las necesidades de dependencia de los ciudadanos con independencia de su edad, patología previa o ubicación territorial: la construcción de un sistema público de atención.

En este contexto organizativo, la Dirección General de Atención Sociosanitaria del SES y la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Bienestar Social, inician los trabajos de elaboración del Plan Marco de Atención Socio-Sanitaria.

### **El Plan Marco de Atención Sociosanitaria. Contenidos y significación.**

El objetivo fundamental del Plan era desarrollar un Marco de Atención, por lo que iba más

allá de la mera enunciación de prestaciones dirigidas a determinados colectivos. Por ello, era fundamental elaborar de manera previa un modelo de atención que permitiera el desarrollo posterior de los programas que pudieran integrarse en él. Trasladar esta idea al escenario descrito implicó responder tres preguntas fundamentales:

- Partiendo de las necesidades de las personas, ¿qué prestaciones debe ofrecer el sistema público para la atención a las necesidades sociales y sanitarias de los ciudadanos cuando estas son coincidentes, sinérgicas e intensas?
- Desde el punto de vista de la gestión ¿quién debe dispensarlas y por tanto, financiarlas, el sistema social o el sanitario?
- Desde el ámbito organizativo, ¿cómo integrarlas en nuestros sistemas actuales y organizar un sistema articulado y coordinado como garantía de la continuidad de cuidados entre ambos sistemas?

Las alternativas eran varias:

- La creación de un nuevo espacio sociosanitario que abarcara las necesidades de atención y cuidados descritas, independientemente de los sistemas social y sanitario.
- Incluir la atención sociosanitaria como elemento de gestión en alguno de los 2 sistemas actuales: el social o el sanitario. En ese sentido, ya existía la propia Dirección General de Atención Sociosanitaria en el sistema sanitario.
- Definir claramente las competencias de cada espacio, desarrollar las prestaciones y

los servicios en cada caso, tratando de cubrir todo el espectro de necesidades y establecer mecanismos de coordinación.

El Plan Marco de Atención Sociosanitaria optó por la tercera alternativa como garantía de desarrollo de los dos sistemas y máxima integración de las prestaciones y servicios en ambos. Por ello planteó para su desarrollo de manera secuenciada lo siguiente:

1. **El análisis de las necesidades de las personas según tres ejes básicos:** la intensidad y duración de las necesidades propias de la enfermedad, el grado de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria y el estado de la red social de apoyo.

2. El acuerdo previo para que el sistema sanitario asegurase las prestaciones de atención a la enfermedad y el social a la dependencia.

3. **El establecimiento de servicios y prestaciones** destinados a la cobertura de las necesidades detectadas.

4. La asignación al sistema social y al sanitario de cada uno de los servicios establecidos, asegurando la cobertura máxima de las necesidades y evitando los espacios de indefinición.

5. El desarrollo de los mecanismos que asegurasen la continuidad asistencial entre ambos sistemas. Para ello se planteó:

- **El diseño de procesos de atención intersectoriales** destinados a procesos de salud y grupos de población más subsidiarios de

recibir prestaciones sociales y sanitarias de manera conjunta, no sólo las necesidades de atención a la enfermedad y la dependencia, sino la propia integración social.

- **La reorganización de los mapas sanitarios y sociales**, para hacerlos coincidentes en el territorio y asegurar tanto la planificación conjunta, como la propia gestión.

- **La continuidad de los sistemas de información**, como soporte de la continuidad de la atención y los cuidados. Hay que tener en cuenta que en ese momento el SES está desarrollando el Programa "Jara", pionero en España en la integración a nivel de Servicio de Salud, entre la Atención Primaria y la Especializada. Por ello, el primer reto es, sin duda, el desarrollo de un sistema de información en el ámbito social.

- El diseño y puesta en marcha de los mecanismos y **estructuras estables de coordinación** en los tres niveles: central, de Área de Salud y de zona básica de salud.

Se trataba de configurar el marco más eficiente y eficaz para:

- **Conseguir la máxima accesibilidad**, sujeta a la sostenibilidad y eficiencia en el desarrollo de recursos, sin perder de vista que la atención de los ciudadanos ha de tender a que se produzca en su medio, propiciando la atención comunitaria y evitando tanto la institucionalización como un desarrollo de recursos centralista en perjuicio de las poblaciones periféricas.

- **Garantizar la prestación de servicios** desde el diseño intersectorial de procesos asistenciales contando con la participación técnica y dirección asistencial por procesos y programas de atención, coordinados en su diseño y

evaluados continuamente en su cumplimiento desde el nivel central, para ser ejecutados conforme a protocolos comunes adaptados en los diferentes puntos de la región.

Coherente con lo planteado, en el año 2008 desaparece la Dirección General de Atención Sociosanitaria del SES, se crea la Consejería de Sanidad y Dependencia y en el seno de ella, el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia [SEPAD], como Ente encargado del desarrollo de las políticas de atención a la dependencia, en el marco del sistema de servicios sociales y en coordinación con el Servicio Extremeño de Salud.

### Coordinación y estructuras.

Una de las respuestas organizativas de mayor peso del Plan ha sido la creación de nuevas estructuras de coordinación en los distintos niveles requeridos.

- Comisión Sociosanitaria Comunitaria. Constituida como el primer nivel de la coordinación sociosanitaria. Responsable de garantizar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales en el entorno inmediato del ciudadano. Dicha estructura la componen profesionales de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de los Servicios de Atención Social Básica. Son los encargados de evaluar la situación de cada paciente/usuario así como de definir su plan individual de cuidados. Su funcionamiento se establece en una Guía de Funcionamiento que fue elaborada por los mismos profesionales implicados y concebida como un instrumento de apoyo y de trabajo.

- Comisión Sociosanitaria de Área. Es la responsable de la evaluación de las experiencias,

diseño de instrumentos de evaluación y aspectos generales de la coordinación sociosanitaria en el ámbito geográfico y poblacional del Área de Salud. Es la que evalúa procesos y acciones de coordinación sociosanitaria para elevar necesidades y problemas a la Comisión de Asuntos Sociosanitarios, desde la que se propone y aprueban las medidas que se estimen pertinentes. Está compuesta por los Gerentes de las Áreas de los sistema de Salud y del Sistema de Atención a la Dependencia y por 2 profesionales de cada Gerencia.

- Comisión de Asuntos Sociosanitarios. Es el órgano interdepartamental adscrito a las consejerías competentes en materia de atención sociosanitaria [Consejería de Sanidad y Políticas Sociales], impulsor y dinamizador de la coordinación y organización del sistema integral de cuidados continuados en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Es la responsable de la supervisión constante del funcionamiento de las estructuras de coordinación sociosanitaria, garantizando la equidad en el acceso y prestaciones de servicios al conjunto de la población susceptible de atención sociosanitaria. Está compuesta por los Directores Generales autonómicos competentes en materia de asistencia sanitaria y atención a la dependencia, por los Jefes de los Servicios de Programas y procesos de los dos ámbitos, y por dos representantes de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud y del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

AL INICIO DE 2005		AL INICIO DE 2009
Consejería Sanidad y Consumo	Consejería Bienestar Social	Consejería Sanidad y Dependencia: - Servicio Extremeño de Salud [SES] - Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD)
Comisión de Seguimiento		Desaparece
Comisión Permanente Intersectorial		Comisión de Asuntos Sociosanitarios
Comisión Sociosanitaria de Zona		Comisión Sociosanitaria de Área
Comisión Comunitaria		Comisión Comunitaria

### Composición de las comisiones de coordinación sociosanitaria.

COMISIÓN	AYUNTAMIENTOS	CONSEJERIA SANIDAD Y POLÍTICAS SOCIALES	
		SEPAD	SES
COMUNITARIA	Atención Social Básica (trabajador social)		Enfermera y Trabajador Social
DE ÁREA		Gerentes Territoriales	Gerentes de las Áreas de Salud
DE ASUNTOS SOCIOSANITARIOS		Dirección Gerencia Promoción Aut. y At. a la Dependencia	Dirección Gral. Asistencia Sanitaria

### 3. DÓNDE ESTAMOS. COORDINACIÓN TANGIBLE.

Quizá, la ausencia de consenso a nivel nacional sobre el modelo de atención cuando se dan necesidades conjuntas, fomenta la aparición de abordajes locales que ayudan a considerar la complejidad del asunto. Pasar a lo tangible, a lo concreto, y desde ahí a lo global, ocasiona que lo anteriormente comentado sobre gestión por procesos intersectoriales coordinados a nivel central, basados en protocolos comunes y consensuados, sea una alternativa que en nuestra comunidad está dando resultados. De ello trata este punto:

#### 3.1. Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura [PIDEX].

Comprende la atención a tres ámbitos de la afección neurocognitiva: las demencias degenerativas, el daño cerebral sobrevenido y los déficits cognitivos en la infancia. Este trabajo define una cartera de servicios y sobre todo un modelo de funcionamiento coordinado, integrado e integral. En estos momentos la primera parte del plan referida a demencias degenerativas es la que está implantada y la segunda parte definida y consensuada. Sus pilares básicos hacen referencia a una actuación paralela y seriada en los dos sistemas de atención,



donde el diagnóstico, seguimiento y tratamiento clínico especializado y de calidad es realizado por un equipo de demencias formado por un médico especialista en Neurología y un psicólogo especialista en Neuropsicología, siendo la medicina de primaria fundamental en la detección y seguimiento, y la responsable sanitaria primera y última del paciente. La necesidad de ayuda ocasionada por la dependencia generada es atendida desde el ámbito de lo social, llevando el “peso” de la atención continuada —preferentemente ambulatoria— de las personas con demencia y sus cuidadores.

En su implantación se optimizaron recursos ya existentes como las consultas de neurología con 6 psicólogos especialistas en neuropsicología [formando las Consultas Especializadas en Deterioro Cognitivo CEDEC], y se crearon otros, como los 27 servicios públicos de rehabilitación neurocognitiva llevados por terapeutas ocupacionales y vinculados a dichas consultas. Actualmente dichos servicios se encuentran accesibles a la población en centros de salud de atención primaria y ejecutan 39.200 sesiones de estimulación cognitiva anuales a pacientes con diagnóstico de demencia degenerativa que así lo tienen prescrito desde las CEDEC. De igual forma se ven pacientes con daño cerebral sobrevenido cuando la esfera cognitiva de la persona es la afectada y cuyo pronóstico de rehabilitación así lo indique.

### 3.2. Plan de Salud Mental de Extremadura.

El Plan Marco da un impulso importante a las actuaciones que ya se venían desarrollando para crear una red de atención social y sanitaria a las personas con trastornos mentales graves que permitiera superar el modelo de atención centrado en los Hospitales Psiquiátricos. No en

vano, la cobertura de las múltiples necesidades de este tipo de pacientes es considerada por muchos como el paradigma de la atención socio sanitaria, por la intensidad y amplitud de servicios de ambos tipos que requiere.

Esta red se diseña desde el sistema sanitario, pero se articula desde el principio con servicios sanitarios destinados a la atención prolongada (Unidades de Media estancia y de Rehabilitación Hospitalaria) y la rehabilitación (Centros de Rehabilitación Psicosocial) y con servicios de atención a las situaciones de dependencia (Centros Residenciales, Pisos, Programas de Integración Social y Laboral). Se crean también las estructuras de coordinación (Comisiones de Salud Mental de Área, Coordinadores de Salud Mental) y se articulan de manera intersectorial los procesos más prevalentes, como el programa de Trastornos Mentales Graves y de Patología Dual, entre otros. A este sistema organizativo se le otorga rango normativo a través del Decreto 29/2006 de 16 de mayo.

### 3.3. Recursos asistenciales de atención socio sanitaria.

La complementariedad entre los sistemas de protección social y sanitario en la atención a la dependencia y la enfermedad crónica, se configuró desde el inicio con nuevos recursos que dieran cobertura a las necesidades de atención socio sanitaria, independientemente de los ya creados en cada proceso asistencial definido. Se contemplaron tres tipos básicos de recursos residenciales y asistenciales de larga duración en función de la intensidad y la continuidad de los cuidados. Dos de ellos resultaron muy novedosos en nuestra comunidad Autónoma y un tercero, ya existía en el catálogo de servicios sociales especializados para mayores:

- Unidades de Cuidados Sanitarios Intensos y continuados. Destinados a personas que requieren cuidados sanitarios continuos e intensos, no curativos, y/o en situación de alto nivel de sufrimiento que necesitan cuidados complejos para el alivio sintomático. Son los denominados tipo 1 [T1]. En la actualidad existen 40 camas.
- Unidades de Atención sanitaria continuada a personas dependientes que requieren cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos. Dirigidas a personas altamente dependientes y que necesitan cuidados o supervisión prolongada dentro de un contexto sanitario. Son los denominados tipo 2 [T2]. En total 150 camas.
- Centros de Atención a la Dependencia. Destinados a personas que requieren de recursos residenciales de atención y rehabilitación de la dependencia. Son los denominados tipo 3 [T3]. Existen 778 camas.

A estos recursos se accede directamente desde el entorno hospitalario, la atención primaria de salud o, una vez valorada la solicitud, desde los servicios de atención social básica.

### 3.4. Tratamientos Anticoagulantes Orales.

Los desórdenes en los factores de coagulación de la sangre suelen ser habituales en personas mayores. Dichos eventos pueden producir infartos de miocardio, cerebrales o formación de coágulos en vasos o corazón. El tratamiento anticoagulante ha de ser seguido cuidadosamente y los equipos médicos de los centros residenciales han de tener las herramientas necesarias que le permitan seguir los tratamientos y detectar los cambios.

Dada la alta prevalencia de estos trastornos en centros residenciales, el SES [a través del Banco de Sangre] y el SEPAD, definieron una estrategia de implantación de los medios necesarios para dotar de mayor comodidad y seguridad los tratamientos anticoagulantes orales en personas que residen en centros residenciales. Así, a los médicos de los centros residenciales públicos del SEPAD, se les dotó de medios materiales [coagulómetro, tiras reactivas] y sistema de información [acceso a la aplicación TAONET para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con este tipo de tratamientos y que permite conectar la atención primaria de salud con la atención especializada -hematología-]. A fecha de hoy este programa funciona en 22 centros residenciales del SEPAD y en los centros privados con camas concertadas [T1, T2 y T3].

### 3.5. Elaboración de una guía farmacoterapéutica para centros residenciales para personas mayores dependientes.

El número de personas mayores con varias enfermedades crónicas en centros residenciales es mucho mayor que en la población que reside en sus domicilios. De igual forma, la presencia de muchas enfermedades crónicas en una persona [diabetes, hiper o hipotiroidismo, insuficiencia cardiaca, etc.] modifican por sí mismas la respuesta a los fármacos y suelen ir acompañadas de polimedicación con lo que esto puede suponer en el incremento de reacciones adversas e interacciones. Con el fin de optimizar la atención farmacéutica en estos centros se definió en 2007 una Guía Farmacoterapéutica que supuso, y supone, mejoras tanto en el suministro de fármacos [gasto] como en el seguimiento farmacoterapéutico de los usuarios.

### 3.6. Formación reglada para la atención integrada y la coordinación intersectorial.

- **Dolor crónico.** Se realizaron dos ediciones para trabajadores de centros residenciales del SEPAD [Médicos, Enfermeros Auxiliares, Fisioterapeutas,...] durante los años 2010 y 2011. Se formó a 400 profesionales.
- **Formación en cuidados paliativos** a los profesionales de centros residenciales y concertados con camas concertadas con alta intensidad de cuidados sanitarios [T1], para que puedan abordar situaciones al final de la vida de baja complejidad.
- **Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión.** Dirigido a toda la enfermería de atención primaria, hospitalaria y centros residenciales.

### 3.7. Telemedicina en centros residenciales para personas dependientes.

La telemedicina considerada como un instrumento de comunicación que acerca profesionales y, profesionales y pacientes, es una infraestructura muy adecuada en territorios con población dispersa. Desde esta óptica se inició en 2010 el uso de esta tecnología con el fin de facilitar la coordinación entre profesionales y, sobre todo, evitar la movilización innecesaria a centros hospitalarios de personas con enfermedad avanzada que residen en centros residenciales. Se inició en un centro público residencial para demencias solamente con consultas semanales de neurología y actualmente se lleva a cabo en seis centros más de la red de atención del SEPAD. Las especialidades se han ampliado a psiquiatría, endocrinología y nutrición. Hasta el momento se han realizado casi 500 telecon-

sultas en neurología [consulta semanal] y 250 en nutrición y endocrinología [consulta quincenal]. El coste oportunidad en 2 años en los conceptos de transporte y recursos humanos se ha tasado en 153.200 euros. Aunque no se puede cuantificar lo que esta medida supone para la mejora en la calidad de la atención prestada sí se constata que: permite planificar mejor los ingresos hospitalarios; mejora la accesibilidad a la atención especializada a personas que son cuidadas en centros residenciales; evita desplazamientos innecesarios; y facilita la coordinación entre niveles asistenciales.

### 3.8. Guía Extremeña de Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión [UPP].

En 2009 la enfermería de atención hospitalaria y atención primaria del SES y la enfermería de los centros residenciales del SEPAD, consensuaron un protocolo de actuación en la prevención, valoración, tratamiento y seguimiento de las UPP. El objetivo de garantizar el mismo tipo de cuidados independientemente del lugar de residencia del paciente se consideró una premisa fundamental para la prevención de la incidencia de las UPP.

### 3.9. El Ejercicio te Cuida.

En coordinación con la Universidad de Extremadura, la extinta Consejería de los Jóvenes y el Deporte, el SEPAD y el SES, se implantó en 2006 un programa novedoso entonces en la planificación de salud pública, dirigido a la promoción del ejercicio físico y a la prevención de enfermedades cardiovasculares en personas mayores. El equipo de atención primaria remitía a las personas mayores con obesidad, colesterol, diabetes o ansiedad/depresión moderada a un licenciado en Ciencias del Deporte

contratado específicamente y situado en un centro de mayores del SEPAD. Periódicamente evaluaba y aconsejaba [nivel de capacidad funcional, salud relacionada con la calidad de vida, parámetros de salud, etc.] y posteriormente les ofrecía el programa de ejercicio de 2 a 4 días a la semana basado en caminar y realizar ejercicios amenos en grupo.

Los resultados de la última evaluación realizada fueron muy importantes en términos de ahorro al sistema:

- Reducción en un 29% de las consultas médicas.
- Reducción del 14% de dolores osteoarticulares y musculares por mejora de flexibilidad y movilidad.
- Reducción del 25% de las caídas [mejora equilibrio 9%].
- Reducción del consumo de medicamentos vinculados a hipertensión, ansiedad y depresión.

Actualmente este programa continúa dependiendo de los Ayuntamientos como un servicio municipal donde la actividad física es el objeto principal del programa.

### **3.10. Atención a la dependencia al final de la vida.**

Por cuidados paliativos entendemos aquellos que mejoran la calidad de vida del paciente y sus familias, frente a situaciones de enfermedad avanzada y terminal, a través de la prevención, el alivio del sufrimiento, la evaluación impecable y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. SES y SEPAD acuerdan definir un modo de funcionamiento específico para estas “características” especiales de atención, siempre y cuando se requiera del acceso a un servicio o

prestación contemplado en el catálogo del sistema de atención a la dependencia. Se trata de ofrecer una respuesta rápida y eficaz al final de la vida en forma de recursos y prestaciones específicas de apoyo.

### **3.11. Derivaciones entre pediatría de atención primaria y los tratamientos de atención temprana.**

La atención temprana es un conjunto de intervenciones dirigidas a la población de 0 a 6 años y su entorno que por causa de trastornos del desarrollo manifiestan necesidades especiales de atención. En Extremadura estas prestaciones públicas las ofrece el SEPAD en sus 2 Centros de Atención a la Discapacidad [CADEX] y las entidades del tercer sector a través del concierto de plazas según el Marco de Atención a la Discapacidad [MADEX]. La pediatría de atención primaria y los servicios especializados de neuropediatría y neonatología son los profesionales sanitarios implicados en la detección y el diagnóstico de los trastornos del desarrollo, y los responsables de la “derivación” a los tratamientos de atención temprana. El SEPAD delimita el acceso y la asignación de las prestaciones. Actualmente se está revisando el modelo de funcionamiento, los criterios de inclusión y la continuidad de los tratamientos [habilitación funcional].

### **3.12. Acceso al sistema de información sanitario [JARA] a profesionales sanitarios en centros de atención a la dependencia.**

Centros públicos del SEPAD ofrecen una serie de prestaciones y servicios que requieren de la información sobre el estado de salud de las personas. El SES recoge esta información sanitaria y salvaguarda los datos de los usuarios

en un único sistema de información global llamado JARA, tanto para la atención primaria como para la especializada. Diagnósticos, tratamientos, seguimientos, especialidades, ingresos hospitalarios, etc. son datos que el sistema de dependencia necesita para ofrecer “sus” cuidados. El acceso a esta información se está ofreciendo en distinta medida a médicos y otros profesionales sanitarios de los distintos tipos de centros de atención públicos del SEPAD [mayores, deterioro cognitivo, trastorno mental grave, discapacidad] y según la funcionalidad profesional de cada uno de ellos.

### 3.13. Estrategia de atención a la cronicidad.

Atención continuada y enfermedad crónica van de la mano en el contexto de la salud. De esto no hay duda, pero el total de la atención sociosanitaria no se refiere a la atención a la cronicidad. Por este motivo, con el modelo de atención existente en nuestra comunidad se está redefiniendo lo que la atención a las enfermedades crónicas requiere del sistema integral de cuidados. Actualmente son 3 líneas estratégicas las que marcan esta actuación en este sentido: La promoción de la salud y prevención de la enfermedad crónica, la atención al paciente con enfermedad crónica y la atención al paciente con enfermedad crónica compleja.

### 3.14. Neurorehabilitación en daño cerebral sobrevenido [DCS] y atención a la dependencia.

Las personas con daño cerebral sobrevenido son atendidas en primera instancia por el sistema sanitario. Una vez identificado, filiado y estabilizado el DCS se inician los procedimientos de atención orientados a la recuperación física,

cognitiva y psicosocial, y de forma paralela y coordinada, las actuaciones relacionadas con la atención a la dependencia. La segunda parte del PIDEX define la atención integrada al DCS en Extremadura. La definición de este proceso, entre otras cosas [no se puede obviar la importancia de las fases de emergencias y atención aguda en el DCS], consideró las estancias para la rehabilitación como en uno de los recursos clave para la unión con el sistema de dependencia [tanto ambulatorias como residenciales]. Por ello, se crearon en 2010 sesenta camas públicas específicas de neurorehabilitación [SES] en un centro específico donde la planificación anticipada del alta se efectúa en total coordinación con el sistema de dependencia [SEPAD]. De esta forma, los apoyos requeridos en la fase de deficiencias permanentes [secuelas] estarán disponibles en el momento que se necesitan evitando esperas administrativas.

## 4. MÁS ALLÁ DE LA CRONICIDAD. CONCLUSIÓN.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publica en el año 2012 la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Previamente, diversas Comunidades Autónomas habían desarrollado líneas de actuación en este sentido, con el objetivo compartido de adaptar el sistema sanitario a la atención integral de las necesidades de carácter crónico que presenta la población, desarrollando actuaciones que garanticen la continuidad de cuidados. Este desarrollo está haciendo posible el diseño de una nueva orientación del sistema sanitario hacia las necesidades que presenta una población que necesita cada vez más, cuidados y atención sanitaria prolongada.

De manera paralela, los esfuerzos para plantear una estrategia similar en el ámbito de la atención sociosanitaria en el conjunto del Estado están fracasando. Esta ausencia hace que en diversos ámbitos se produzca una identificación de las estrategias de cronicidad con las de atención sociosanitaria.

Sin embargo, entendemos que los modelos de atención sociosanitaria planteados en Comunidades como la nuestra van más allá de la puesta en marcha de prestaciones sanitarias destinadas a la atención de personas con enfermedades crónicas. A pesar de que como indicamos, la orientación del sistema sanitario en este sentido es condición indispensable para tener un adecuado sistema sociosanitario, éste debe incorporar además, servicios y prestaciones de atención a la dependencia, apoyo a la red social, estrategias educativas y de integración social y comunitaria. Dichas actuaciones configuran redes de atención integrales pensadas y articuladas en torno a las necesidades de las personas a las que se dirigen y que se enmarcan dentro de lo que se ha venido a denominar Modelos Integrados de Salud. Su desarrollo requiere, además de la orientación del sistema sanitario hacia la cronicidad, la organización de un auténtico Sistema de Servicios Sociales que, partiendo de un adecuado soporte normativo, cuente con una cartera de servicios definida, mecanismos de gestión y planificación, sistemas de información potentes y que avance hacia la cobertura universal y accesible.

Sólo disponiendo de este Sistema, paralelo y complementario al sistema sanitario, podrá asegurarse la adecuada atención integrada que nos demandan las necesidades de los ciudadanos. Sin él, la cobertura seguirá prestándose de manera ineficiente en el sistema sanitario

o en el peor de los casos, en servicios paralelos al mismo y específicamente destinados a la población con problemas crónicos.

## 5. REFERENCIAS.

Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Simón Expósito, M. Elvira Peña L. Anseán Ramos, A. Cabrera Herrera, A. Plan Integral de Salud Mental de Extremadura. 2007-2012. Junta de Extremadura. 2007.

Castellanos F, Cid Gala M., Duque San Juan Pablo, Zurdo Martín. Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo de Extremadura. 1º parte, Demencias Degenerativas. Junta de Extremadura. 2007.

Borrador Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo de Extremadura. 2º parte, Daño Cerebral Sobvenido. 2011.

Guía Extremeña de Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión [UPP]. Junta de Extremadura. 2009.

Guía Farmacoterapéutica en centros residenciales para personas dependientes. Subdirección de Atención Farmacéutica. Servicio Extremeño de Salud. 2007.

Marco de Atención a la Discapacidad MADEX. Decreto 151/2006 de 31 de julio de 2006.

# CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE LEGANÉS.

PAZ VITORES PICÓN  
OLGA CAMPELO MORENO  
INMACULADA GARCÍA FERRADAL  
JOSÉ ENRIQUE VILLARES RODRÍGUEZ

Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.  
Servicio Madrileño de Salud.

EDUARDO BALBO AMBROSOLIO  
OIHANA GURIDI GARITAONANDIA  
JOSÉ DIÉGUEZ GÓMEZ  
JOSÉ MANUEL CARRASCOSA BERNALDEZ

Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain.  
Servicio Madrileño de Salud.

## SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.
2. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA.
3. RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA.
4. VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA.
5. BIBLIOGRAFÍA.

## PALABRAS CLAVE

Continuidad Asistencial; Atención Primaria; consultor de Salud Mental; Salud Mental infanto-juvenil.

## RESUMEN

La Dirección Asistencial Sur de Atención Primaria y el Instituto Psiquiátrico José Germain hemos puesto en marcha un proyecto para potenciar la continuidad asistencial en Salud Mental en el municipio de Leganés, con unos resultados altamente satisfactorios.

Los objetivos son mejorar la accesibilidad de los pacientes con problemas leves o moderados relacionados con la salud mental, aumentar la capacidad de los profesionales de Atención Primaria para resolver estos problemas y potenciar la formación continuada de dichos profesionales.

Consta de dos programas uno dirigido a población mayor de 18 años y otro, que comenzó en 2015, enfocado a la población infanto-juvenil. Se basa en la presencia de consultores especialistas en salud mental que acuden a todos los Centros de Salud de Leganés y atienden pacientes en ellos. Al final de cada jornada se celebra una sesión de interconsulta donde los profesionales de ambos niveles intercambian la información necesaria para que el médico de familia se haga cargo del seguimiento del paciente.

## KEYWORDS

Continuity of Care; Primary Care; Mental Health consultant; child and youth Mental Health.

## ABSTRACT

The Southern Primary Care Department and the José Germain Psychiatric Institute have launched a project to promote continuity of care in Mental Health in the municipality of Leganés. The objectives are to improve the accessibility of patients, increase the capacity to solve problems and enhance ongoing training in Mental Health for Primary Care professionals. It consists of two programmes, one aimed at people over 18 and another, which began in 2015, focused on the child and youth population. In both cases, patients with mild or moderate problems are treated. It is based on the presence of consultants specialized in mental health that visit all the Health Centres in Leganés and see patients in them.



## 1. INTRODUCCIÓN.

Los trastornos relacionados con la Salud Mental son un motivo frecuente de utilización de los recursos sanitarios por parte de los ciudadanos. Se calcula que en la población europea la ansiedad y la depresión tienen una prevalencia a lo largo de la vida del 25% (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). La encuesta Europea de Salud de 2014 estima que en España la prevalencia de problemas relacionados con la esfera psiquiátrica es del 10,64%, siendo del 7,3% en la Comunidad de Madrid (Ministerio de Sanidad, 2014). En Atención Primaria a nivel nacional la prevalencia registrada en 2014 fue de 296,2 casos por cada mil personas de cualquier edad (Ministerio de Sanidad, 2014).

Este tipo de trastornos no sólo son frecuentes, sino que causan gran discapacidad y producen una importante carga de enfermedad tanto en la sociedad como en las familias. Además están ligados al estigma y la discriminación, lo que aumenta el sufrimiento de las personas y las familias afectadas (WHO, 2004).

En muchas ocasiones, las necesidades asistenciales de estos pacientes son atendidas y resueltas por los profesionales de Atención Primaria. No obstante, aquellos casos más complejos necesitarán ser derivados al nivel asistencial especializado en Salud Mental. Una de las dimensiones de la calidad de la atención que se presta a estas personas está ligada a la continuidad asistencial. Este objetivo hace necesaria una coordinación estrecha entre los profesionales de los dos niveles asistenciales, de manera que el paciente reciba los servicios que precisa sin percibir discontinuidades en el sistema.

En 2012 Margaret Chan, directora de la Organización Mundial de la Salud, afirmaba que la mayoría de los trastornos mentales que derivan en alta morbilidad y mortalidad pueden ser atendidos por proveedores de atención de salud no especializados. Señalaba además que era necesario aumentar la capacidad del sistema de Atención Primaria de salud para que pueda prestar un paquete de servicios asistenciales integrado mediante captación, apoyo y supervisión (OMS, 2010).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó en 2014 un documento específico sobre Transversalidad y Continuidad Asistencial en Salud Mental (Ministerio de Sanidad, 2014b). En él se señala la continuidad asistencial como un elemento clave en el desarrollo de un modelo de atención comunitaria en Salud Mental que debe tener en cuenta: las necesidades de las personas con trastorno mental desde un punto de vista integral; la capacidad de trabajo en equipo de manera interdisciplinar; y una visión global compartida concretada en la capacidad de trabajar en red basada en acuerdos de funcionamiento integrados entre los diferentes servicios sanitarios y sociales. En este sentido establece como uno de sus objetivos implementar de forma real y efectiva la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental recomendando implementar las plantillas de los profesionales de Salud Mental de modo que se pueda llevar a término su función de apoyo a la Atención Primaria, mediante la realización de actividades de coordinación, asistenciales (consultas, interconsultas,...), y de formación e investigación.

En esta línea de actuación la Dirección Asistencial Sur de Atención Primaria y el Instituto Psiquiátrico José Germain nos propusimos

poner en marcha en el municipio de Leganés un proyecto que pudiera servir de acicate a la continuidad asistencial posibilitando compartir objetivos y unificar criterios en un campo especialmente sensible como es la atención a la Salud Mental.

Leganés es una ciudad situada en la periferia sur de la Comunidad de Madrid. En enero de 2016 el censo contabilizó una población de 188.530 personas. Dicha población es atendida en 9 Centros de Salud que prestan los servicios propios de la Atención Primaria, mientras que los servicios de Salud Mental para pacientes ambulatorios corren a cargo del Centro de Salud Mental.

Los Centros de Salud de Leganés, junto con otros 22 Centros y 10 consultorios locales pertenecientes a 18 municipios del Sur de la Comunidad, dependen de la Dirección Asistencial Sur que forma parte de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, mientras que el Centro de Salud Mental se integra en el Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain.

## 2. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA.

Desde hace 4 años las dos instituciones venimos colaborando en un proyecto de continuidad asistencial basado en dos programas uno dirigido a población adulta mayor de 18 años y otro, iniciado posteriormente, enfocado a la población infanto-juvenil. Con ello pretendemos mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, prestar el apoyo y supervisión que precisa la Atención Primaria para aumentar su capacidad resolutoria y, en definitiva, mejorar la calidad de la atención que prestamos a los pacientes con problemas relacionados con la Salud Mental.

El programa dirigido a la población adulta fue el primero que se puso en marcha. En el año 2012 un grupo de trabajo constituido por profesionales de los equipos directivos del Instituto Psiquiátrico José Germain y de la Dirección Asistencial Sur diseñó el proyecto. En su planificación se tuvieron en cuenta otras experiencias previas, en especial, la que desarrolló la antigua Gerencia del Área 3 de Atención Primaria con el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares a partir del año 2006.

Los objetivos que se establecieron para nuestro proyecto son:

- Mejorar la accesibilidad de los usuarios a los recursos de la Salud Mental.
- Aumentar la capacidad de los profesionales de Atención Primaria para resolver los problemas relacionados con la Salud Mental.
- Potenciar la formación continuada en patología psiquiátrica de los profesionales de Atención Primaria.

El proyecto de adultos se basa en la existencia de un psiquiatra consultor con dedicación exclusiva que pasa consulta en todos los Centros de Salud del municipio de Leganés.

Se dirige a personas con patologías psiquiátricas leve-moderadas, en las que el médico alberga dudas respecto al diagnóstico diferencial y/o tratamiento. Se excluyen pacientes con patologías graves que precisen seguimiento en el Centro de Salud Mental, como depresiones graves, intentos autolíticos, psicosis o trastornos de la alimentación. No se contemplan tampoco los trastornos derivados del abuso de alcohol u otras sustancias cuya atención se canaliza a través del Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) de Leganés.

Está implantado en todos los Centros de Salud del municipio de Leganés, siendo el número de días que el psiquiatra acude a cada Centro proporcional a la población que atienden y al número de pacientes que derivaron en el año previo.

El consultor tiene abierta una agenda de consulta en cada centro donde el médico de familia puede citar al paciente cuando lo considere indicado. El resultado de la valoración que lleva a cabo este profesional se registra en la historia clínica informatizada de Atención Primaria.

Al final de la jornada del psiquiatra en cada centro se celebra una sesión de Interconsulta con los médicos derivadores en la que se revisan y analizan los problemas de los pacientes que ha atendido el consultor en esa jornada. Esta actividad es fundamental para intercambiar toda la información que el médico de familia necesita para seguir haciéndose cargo del tratamiento del paciente.

El psiquiatra realiza una única intervención y salvo excepciones no realiza visitas de seguimiento. Las dudas que pudieran surgir posteriormente se resuelven a través de consultas sin la presencia del paciente, realizadas cuando el psiquiatra acude al Centro de Salud. Si el caso no puede esperar a la siguiente visita del consultor, el asesoramiento se realiza por teléfono. También está disponible el contacto a través del correo electrónico. En los casos de mala evolución, está prevista la derivación al Centro de Salud Mental y excepcionalmente, la reevaluación por el consultor. En caso de que sea preciso, el consultor gestiona una cita en el Centro de Salud Mental para el paciente.

Periódicamente se realizan sesiones de formación de carácter más académico en las que se revisan y actualizan conocimientos respecto a temas de interés y de consulta frecuentes. Estas sesiones son preparadas conjuntamente entre el consultor y los médicos de familia del Centro de Salud.

Para la implantación de este modelo se planificó una estrategia de despliegue ejecutada por el grupo de trabajo de los equipos directivos de ambas instituciones, en virtud de ella se hizo una presentación inicial a todos los directores de los Centros de Salud de Leganés. En un segundo momento en cada Centro de Salud se mantuvieron reuniones específicas con el equipo directivo y sesiones de presentación a los profesionales, para explicar el proyecto y resolver dudas. En junio de 2012 el consultor disponía de agenda en todos los Centros de Salud del municipio.

A la vista de los resultados obtenidos en el programa de adultos, en el año 2014 se tomó la decisión de extenderlo a la población menor de 18 años. Se elaboró un proyecto específico con una estructura similar al de población adulta, pero con las siguientes diferencias: a los Centros de Salud acuden tanto psiquiatras como psicólogos del equipo de Salud Mental infantil; los consultores no tienen dedicación exclusiva; la derivación está abierta tanto a facultativos como a enfermeras, ya que éstas tienen una situación privilegiada para detectar problemas relacionados con la Salud Mental en las revisiones del niño sano.

Los procesos susceptibles de ser derivados al consultor son aquellos reactivos, evolutivos o situaciones de crisis en las que el profesional de Atención Primaria alberga dudas respecto

al diagnóstico diferencial y/o manejo. La actividad del consultor infanto-juvenil se orienta a identificar aquellos problemas en los que la actitud apropiada sea la fórmula de “esperar y ver” antes de prescribir o realizar intervenciones más complejas, apoyando de forma conjunta con los profesionales de Atención Primaria la actitud expectante, con la finalidad de limitar los efectos negativos de actuaciones innecesarias o excesivas: iatrogenia, sobrediagnósticos, estigmatización innecesaria, cronificaciones, etc. En general, son casos que en su mayoría derivarán de las siguientes situaciones:

- Situaciones familiares transitorias: duelos por fallecimiento o separación en la familia, llegada de un nuevo hermano, etc.
- Etapas naturales del desarrollo psicoafectivo infantil: rabietas infantiles, negativismo moderado, incremento del narcisismo o del sentimiento de posesión, ligeros síntomas obsesivos y fobias puntuales no invalidantes.
- Conflictividad en el seno de la familia: en la relación de los adultos con el niño (cuando no se comprende bien, se magnifica la sintomatología o se exige más de lo que puede dar), o tensiones excesivas de la pareja o entre los adultos que conviven en el domicilio.

Estas situaciones generan numerosas consultas en Atención Primaria así como solicitudes de derivación a los servicios de Salud Mental, especialmente al psicólogo. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones se debe aspirar a que las alteraciones sufridas por estas causas sean resueltas por el propio sistema familiar, por lo que se debe dar tiempo para su elaboración y para que la familia ponga en marcha sus propios recursos.

Para la implantación del programa infanto-juvenil se llevó a cabo una estrategia de despliegue en dos fases, similar a la realizada en el programa de adultos, que finalizó en el primer semestre de 2015.

Con objeto de impulsar la mejora continua y la innovación dentro del propio proyecto se ha constituido un grupo de seguimiento formado por profesionales de ambos niveles asistenciales, encargados de monitorizar el desarrollo de los programas y de introducir las medidas de mejora que se estimen oportunas.

### 3. RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA.

Entre mayo de 2012 y abril de 2016 el consultor del programa de adultos ha atendido a 4.370 personas mayores de 18 años. Ha realizado 485 interconsultas telefónicas y 622 interconsultas no presenciales. El 94% de los médicos de familia de los Centros de Salud de Leganés han citado pacientes en la agenda del consultor.

Las patologías más frecuentemente atendidas han sido, por este orden, los trastornos de ansiedad, trastornos de adaptación y la distimia. En la tabla 1 puede observarse la frecuencia relativa de estos procesos para cada año desde 2012 a 2016.

**Tabla 1. Frecuencia relativa de los trastornos atendidos por el consultor desde 2012 a 2016.**

	2012	2013	2014	2015	2016
Trastornos de ansiedad	27,2	30,9	45,0	53,1	51,0
Trastornos adaptativos	27,2	30,3	26,0	18,8	28,6
Dístimia	23,4	19,8	11,0	16,9	12,8
Otros	20,6	18,9	18,0	11,3	7,0

En el 71% de las ocasiones el consultor ha mantenido el plan terapéutico iniciado por el médico de familia. Solo el 7% de los pacientes han sido derivados al Centro de Salud Mental mientras que el resto ha continuado tratamiento con su médico de Atención Primaria.

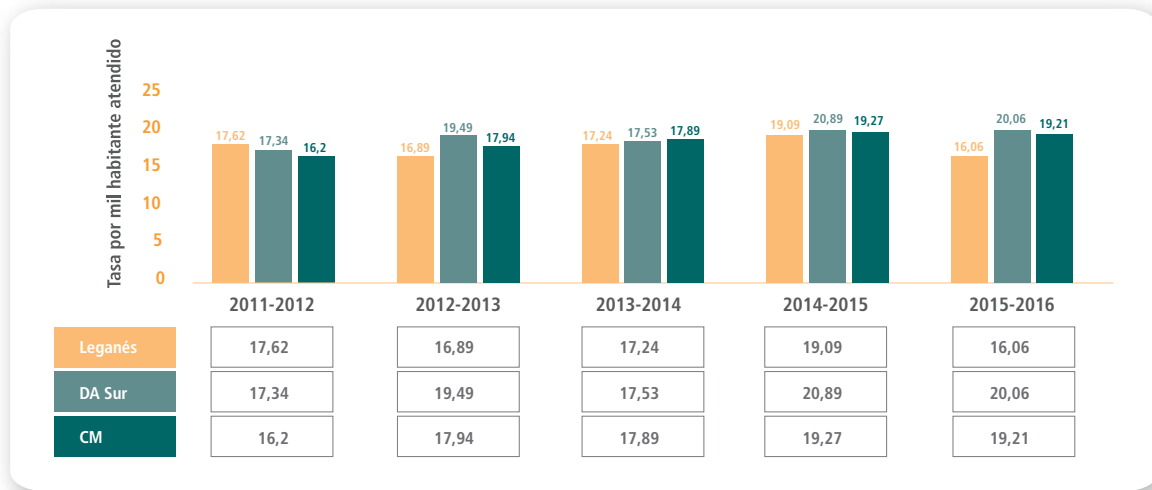
Las sesiones de interconsulta entre los profesionales y el consultor se han celebrado en el 88% de las jornadas de éste último en los Centros de Salud. Así mismo, se han desarrollado 187 sesiones formativas de carácter académico. Los contenidos de estas sesiones han sido variados: utilización adecuada de las benzodiazepinas; atención a la depresión desde varios puntos de vista (epidemiología, diagnóstico, utilización adecuada de antidepresivos, psicoeducación); abordaje del duelo; formación en psicoterapia en Atención Primaria; diabetes y Salud Mental; trastornos del sueño; psicofármacos y patología médica en pacientes con edad avanzada. También se han celebrado grupos Balint con profesionales de algunos Centros de Salud.

Las personas menores de 18 años atendidas durante el periodo comprendido entre octubre de 2014 y febrero de 2016 han sido 726.

La tasa de interconsulta nos permite establecer el número de derivaciones realizadas por cada mil pacientes atendidos y es útil para homogeneizar los datos y poder hacer comparaciones entre diferentes años y ámbitos. En la población infanto-juvenil la tasa de Interconsulta al Centro de Salud Mental ha pasado de 41,97 por mil ‰ habitantes atendidos en 2014 a 21,67‰ en 2015.

Considerando los pacientes de todas las edades del municipio, nuestra evolución en cuanto a la tasa global de derivación al Centro de Salud Mental por mil habitantes atendidos puede observarse en la figura 1. Aunque se han producido oscilaciones a lo largo de estos años, tras la implantación del proyecto la tasa de los Centros de Leganés ha pasado de ser más elevada que la del resto de centros de la Comunidad a ser más baja en el último año. Globalmente el número de pacientes derivados en 2015 fue un 15% menor que en 2011.

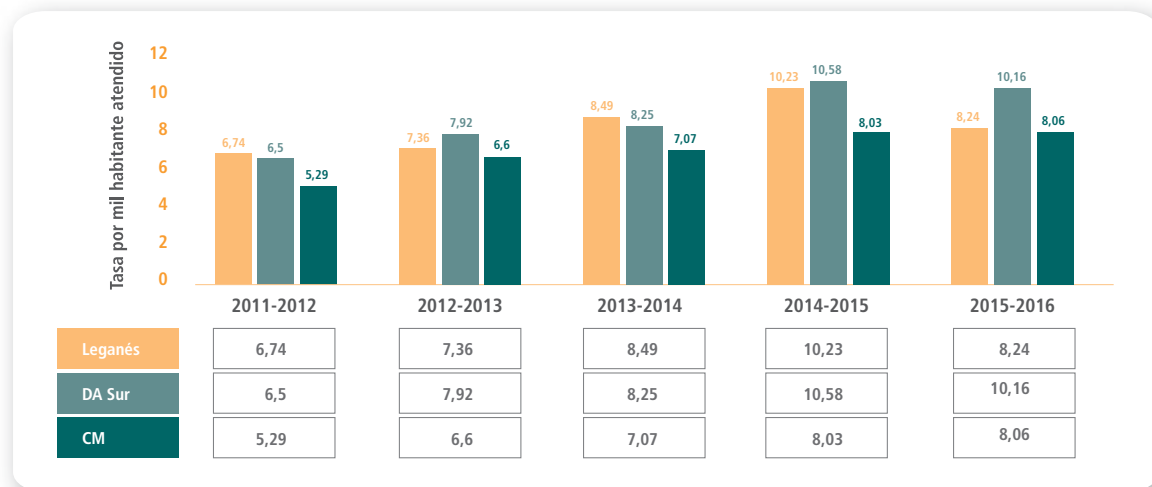
**Figura 1. Tasa global de Interconsulta a Salud Mental.**



Atendiendo a las derivaciones realizadas a la consulta de psicología (figura 2), en 2011 partíamos de una tasa un 27% superior a la de la Comunidad de Madrid, aunque solo un 3,6% por encima de la de los Centros de Salud de nuestro entorno integrados en la Dirección Asistencial Sur. En los años posteriores, la evolución de la tasa ha sido ascendente, de manera que en el año 2014 se había incrementado

en un 51,74%, similar al incremento experimentado por la Comunidad de Madrid y menor que el de los Centros de Salud de nuestro entorno (62,7%). Sin embargo, en el año 2015, en relación con la puesta en marcha del programa infantil, la tendencia ascendente de la tasa de los centros de Leganés se ha invertido, experimentando un descenso del 19%, situándonos casi a nivel de la Comunidad de Madrid.

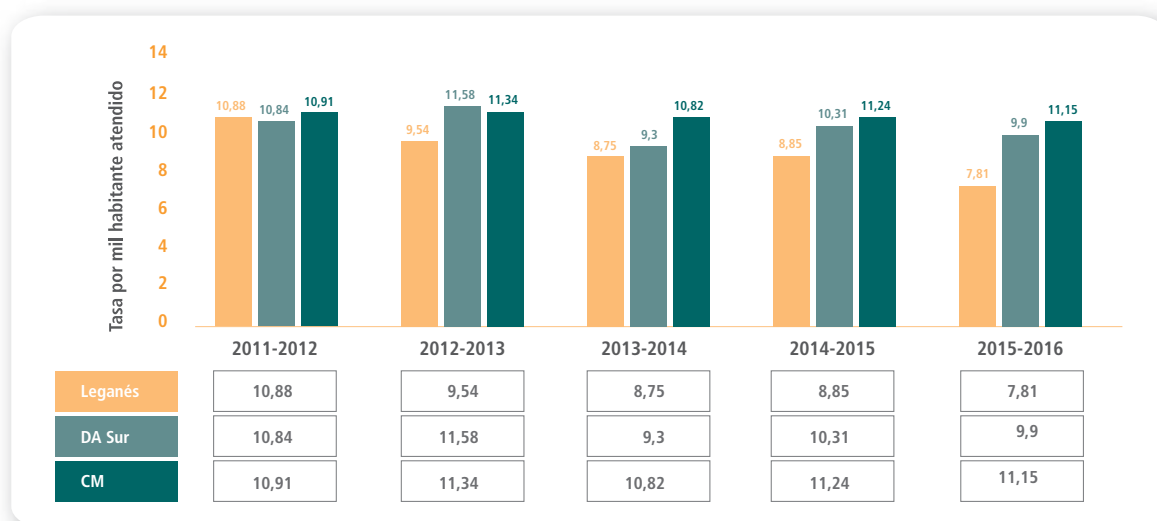
**Figura 2. Tasa de Interconsulta a la consulta de Psicología del Centro de Salud Mental.**



En cuanto a la derivación a la consulta de psiquiatría partíamos de una tasa (10,88‰) similar a la de Dirección Asistencial SUR y la Comunidad de Madrid (figura 3), pero mientras que estas han seguido una tendencia ascendente, los centros de Leganés han experimentado la

contraria, siendo la tasa de derivación en el último periodo un 30% menor que la de la Comunidad de Madrid. Es de destacar que en el momento actual la demora para ser atendido en la consulta de psiquiatría del CSM no supera las dos semanas.

**Figura 3. Tasa de Interconsulta a la consulta de Psiquiatría del Centro de Salud Mental.**



En el año 2014 realizamos una encuesta de satisfacción a los profesionales de los Centros de Salud de Leganés para conocer su opinión acerca del proyecto. De los 104 profesionales que respondieron el 92% estaban satisfechos o muy satisfechos con la presencia del consultor en el Centro de Salud. El 89% de los encuestados habían participado en las sesiones de interconsulta y en las actividades formativas relacionadas con el programa y de ellos el 97% se mostraban satisfechos o muy satisfechos con ellas.

#### 4. VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA.

En el mundo occidental la mayor esperanza de vida de las personas está condicionando un notable incremento de la cronicidad y comple-

jidad de los procesos patológicos. Esta realidad obliga a los servicios sanitarios a buscar nuevos modelos de organización que permitan hacer frente a los retos que plantea el futuro. En este sentido, resulta especialmente relevante la coordinación o continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Los trastornos relacionados con la Salud Mental, especialmente aquellos que tienen un curso más crónico o prolongado, no pueden ser ajenos a este escenario. En este sentido se han desarrollado diferentes experiencias de colaboración, especialmente en el campo de los trastornos depresivos (Calderón et al. 2014).

Nuestra propuesta puede inscribirse dentro de estos modelos de colaboración, en concreto,

dentro de los denominados de consulta-enlace. Si bien no existe una evidencia sólida que apoye la eficacia de estos modelos en el tratamiento de la patología (Calderón et al., 2014), entendemos que con ella hemos conseguido organizar de manera más racional la atención a los pacientes con patologías psiquiátricas en el municipio de Leganés. La figura del consultor en Salud Mental, en el formato descrito, ha reducido las derivaciones de Atención Primaria al Centro de Salud Mental. Esta reducción ha permitido disminuir la espera de los pacientes con patologías psiquiátricas graves para ser atendidos en dicho centro.

El programa ha propiciado que los pacientes con problemas leves-moderados no abandonen el ámbito de la Atención Primaria, lo que a nuestro entender favorece la resolución de los problemas en el propio entorno, la autonomía y el auto-cuidado. Al tiempo que puede disminuir la percepción de gravedad del problema y la estigmatización que supone acudir al Centro de Salud Mental.

Los diagnósticos más frecuentes de los pacientes atendidos en nuestro programa son concordantes con los encontrados en otros estudios (Martín-Jurado et al., 2012) aunque en nuestro caso llama la atención la frecuencia creciente de los trastornos de ansiedad. En esta línea, el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) también señala que los trastornos de ansiedad como los más prevalentes, aunque en su caso solo ligeramente por encima de los trastornos del estado de ánimo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Cabe la posibilidad de que nuestro resultado esté influenciado por el entorno económico y social que estamos viviendo en los últimos años.

Esta experiencia es un buen vehículo para la formación continuada de los profesionales y muy bien acogido por éstos. Las sesiones de interconsulta celebradas entre el consultor y los profesionales del Centro de Salud son claves en el desarrollo del proyecto. La calidad y cantidad de la información que intercambian los profesionales, así como las interacciones que se producen en este espacio, marcan la diferencia entre el modelo tradicional (comunicación a través de informes) y el modelo de integración que proponemos (comunicación personal y bidireccional), potenciando la colaboración y el trabajo multidisciplinar. Consideramos que este aspecto, tan bien valorado por los profesionales, es la pieza clave en su satisfacción con la experiencia y por ende en el progreso del proyecto. Hemos comprobado que en aquellos lugares donde falla, el proyecto sufre dificultades de desarrollo.

Los programas de atención a la salud en el niño que están ampliamente implantados en Atención Primaria favorecen un contacto estrecho entre los profesionales sanitarios, niños y padres o tutores. Es, por tanto, buen lugar para detectar de manera precoz la existencia de conflictos y trastornos de conducta, emocionales o mentales que pueden afectar al desarrollo del niño y del joven. Sin intervención estas situaciones pueden resultar más adelante en procesos patológicos que se hacen evidentes o crónicos en la edad adulta.

Algunos autores defienden una línea de trabajo colaborativa entre los pediatras de Atención Primaria y los equipos de Salud Mental infanto-juvenil (García, 2002) con un enfoque más participativo e interdisciplinar. Consideran que este tipo de modelos favorece el diagnóstico de los problemas psicopatológicos más



leves en una etapa temprana lo que evitaría su progresión y cronificación, evitando así que sean diagnosticados en la infancia o en la edad adulta muy evolucionados, requiriendo entonces tratamientos más complejos, costosos y menos eficaces.

Consideramos que nuestro programa infanto-juvenil puede inscribirse en esa línea de trabajo y que resulta innovador, sobre todo, por la presencia de psicólogos en el Centro de Salud ya que se abre la posibilidad de explorar nuevas vías de colaboración y formación.

Como conclusión podemos decir que la implantación de un modelo de Consultor en Salud Mental con un programa de adultos y otro infanto-juvenil nos ha permitido organizar de forma más racional la atención de los pacientes con trastornos relacionados con la esfera psiquiátrica. No obstante, como propuestas de futuro consideramos que sería necesario evaluar la efectividad del modelo en el tratamiento de estos trastornos así como la satisfacción de los usuarios a los que va dirigido.

## 5. BIBLIOGRAFÍA.

Calderón, C., Metcalfe, I. M., Gea, L. B., Balsategui, A. R., de la Hera, A. B., Belaunzaran, J., Iruín J, Moratalla, B. G. (2014) Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: resultados principales y retos metodológicos de una meta-revisión sistemática. *Revista española de salud pública*, 88(1), 113-133.

García, J. T. (2002) Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de Atención Primaria. *Revista pediatría de atención primaria*, 4(13), 81-106.

Martín-Jurado, A., De La Gándara Martín, J. J., Carbajo, S. C., Hernández, A. M., & Sánchez-Hernández, J. (2012) Análisis de concordancia de las derivaciones de Atención Primaria a Salud Mental. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 38(6), 354-359.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (internet). Madrid 2014 <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) Transversalidad y Continuidad Asistencial en Salud Mental.

Organización Mundial de la Salud. (2010) Guía de intervención mhGAP: para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.

World Health Organization (2004): Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options. Summary Report.



# EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE FUNDACIÓN CUDECA: UNA EXPERIENCIA LIGADA A LA NECESIDAD.

**RAFAEL GÓMEZ GARCÍA**

Responsable asistencial. Fundación CUDECA.

## SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.

2. BREVE HISTORIA DE FUNDACIÓN CUDECA.

3. EL MODELO ASISTENCIAL DE FUNDACIÓN CUDECA.

4. EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE FUNDACIÓN CUDECA.

5. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS.

## PALABRAS CLAVE

Cuidados Paliativos; final de la vida; Hospice; atención domiciliaria; Fundación Cudeca.

## RESUMEN

La Fundación CUDECA es un centro monográfico de cuidados paliativos que, desde 1992, ofrece una atención integrada e individualizada a pacientes, en la que equipos multidisciplinares evalúan y atienden sus necesidades de una manera holística. El lema de la fundación es “añadir vida a los días”. Para ello la fundación se coordina con los distintos niveles asistenciales y servicios, incluidos los hospitalarios, atención primaria o servicios sociales y atiende a pacientes en su domicilio a través del Programa de Atención Domiciliaria. El programa cuenta con cinco equipos de atención domiciliaria, que realizan la valoración, asesoramiento, seguimiento y tratamiento continuado desde un abordaje integral y multidisciplinar, con el objetivo de facilitar la permanencia del enfermo en su domicilio, en la medida de lo posible y de los deseos del enfermo, así como de las posibilidades de la familia.

## KEYWORDS

Palliative Care; end of life; Hospice; home care; Cudeca Foundation.

## ABSTRACT

The CUDECA Foundation is a monographic palliative care centre that has, since 1992, offered integrated and individualized care to patients in which multidisciplinary teams evaluate and attend to their needs in a holistic manner. The motto of the foundation is “add life to days”. To this end, the foundation is coordinated with the different levels of care and services, including hospital, primary care or social services, and cares for patients at home through the Home Care Programme. The programme has five home care teams, which carry out assessment, counselling, follow-up and ongoing treatment from a comprehensive and multidisciplinary approach, with the aim of facilitating the patient’s stay at home as far as possible, and according to the wishes of the patient and the possibilities of the family.

## 1. INTRODUCCIÓN.

La Fundación CUDECA es un centro monográfico de cuidados paliativos que ofrece al paciente una atención integrada e individualizada en la que equipos multidisciplinares evalúan y atienden las necesidades de los pacientes de una manera holística. Para ello la fundación se coordina con los distintos niveles asistenciales y servicios, incluidos los hospitalarios, atención primaria o servicios sociales. No existen en España muchos centros parecidos al nuestro: sí existen servicios, unidades y equipos, pero un centro con dedicación exclusiva a los cuidados paliativos y con la oferta de servicios de CUDECA no es algo tan frecuente.

El matiz diferencial de CUDECA no deja de pertenecer al ámbito organizativo, la filosofía de trabajo y de cuidado es compartida con todos los que trabajan en cuidados paliativos, y no insistiremos aquí en esta base de nuestra razón de ser; para recordar los principios que nos mueven es buena idea releer el artículo del número 13 de esta revista Actas de Coordinación Sociosanitaria: Atención Centrada en la Persona al final de la Vida: Atención Sociosanitaria Integrada en Cuidados Paliativos<sup>1</sup>.

A continuación les presento brevemente CUDECA y con más detalle nuestra actividad en el Programa de Atención Domiciliaria, intentado destacar el aspecto socio-sanitario que nos reúne en esta publicación.

## 2. BREVE HISTORIA DE FUNDACIÓN CUDECA.<sup>2</sup>

CUDECA se funda por Joan Hunt y un grupo de voluntarios en 1992. En 1991 Joan sufre la

muerte de su esposo en el hospital de la Cruz Roja de Málaga debido a un cáncer. Su esposo no pudo morir en su casa y esta experiencia vital generó un fuerte compromiso en Joan para mejorar la atención en cuidados paliativos en el lugar al que había venido a vivir, Málaga. Joan Hunt, como británica, era conocedora de la maravillosa labor de los centros Hospice británicos, y en los meses posteriores a la muerte de su marido concibe la misión de CUDECA. Su proyecto se concreta en la construcción de un Centro de Cuidados Paliativos.

En 1992 ya se pone en marcha el Programa de Atención a Domicilio, contando sólo con voluntarios. Se registra la Asociación CUDECA, se abre la primera sede de CUDECA en Fuengirola y se pone en marcha el 1<sup>er</sup> Rastrillo Benéfico CUDECA, también en Fuengirola. En 1993 comienza el cuidado en domicilio de pacientes por médicos y enfermeras, nuevamente voluntarios; y se inicia el Programa Psico-social. En el año 1994 se contrata el primer equipo asistencial profesional formado por médico, enfermera, trabajadora social y psicóloga y se inicia el Programa de Consulta Externa.

En 1995 el Ayuntamiento de Benalmádena cede el terreno para la construcción del Centro de Cuidados Paliativos, y se inicia el Programa de Formación. En 1997 CUDECA consigue el reconocimiento de "Asociación de Utilidad Pública". Se coloca la primera piedra del Centro y en 1998 se inicia la construcción del Centro CUDECA. En 1999 empieza a trabajar el segundo Equipo de Atención a Domicilio. En el año 2001 finaliza la primera parte de la construcción del Centro CUDECA y nos trasladamos desde Fuengirola al Centro CUDECA, en Benalmádena;

<sup>1</sup> Librada S, Herrera E y Pastrana T. (2015) Atención Centrada en la Persona al Final de la Vida. Revista Actas de Coordinación Sociosanitaria, vol. 13, 67-94 <http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/atencionintegradaycp.pdf>

<sup>2</sup> 20 años dando Vida a los días. (vídeo: <https://youtu.be/s2U-yWmKAPg>)

a continuación se inicia la segunda fase de la construcción del Centro.

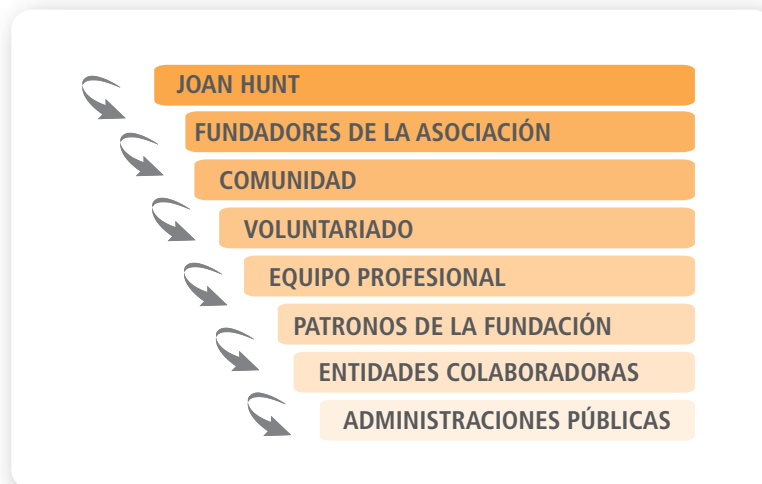
En 2002 el Programa de Atención a Domicilio cuenta ya con 3 equipos. Se firma la 3ª y última fase de la construcción. En 2003 se pone en marcha la Unidad de Día y el Programa de Rehabilitación. En 2004 se finaliza la construcción del Centro con la Unidad de Ingresos. Se crea el 4º Equipo de Atención a Domicilio. En 2005 se pone en funcionamiento la Unidad de Ingresos y se reducen a 3 los equipos domiciliarios.

En 2017 celebraremos nuestro 25 aniversario, será un momento especial para todos a los que

pertenecemos a CUDECA, toda la sociedad civil malagueña.

Toda esta historia de compromiso con los cuidados paliativos no hubiera sido posible sin el compromiso y la entrega de Joan Hunt, que ha sabido recoger las inquietudes de la sociedad malagueña y encauzarla, hacia un proyecto de atención al paciente y su familia. La entrega de Joan ha generado una cascada de compromisos que nos hace contar hoy con más de 700 voluntarios y numerosos reconocimientos de la sociedad malagueña.

### CADENA DE COMPROMISO.



### 3. EL MODELO ASISTENCIAL DE FUNDACIÓN CUDECA.

Nuestra misión se define como: “El objeto principal de nuestra labor es el enfermo y su familia, abordando la enfermedad como una realidad holística, que afecta a lo más profundo del ser humano, atendiendo a su dimensión

física, psicológica, social y espiritual. La calidad de vida del paciente oncológico terminal es el elemento clave sobre el que pivota el esquema de atención de nuestra fundación”.

## VALORES ESENCIALES DE LA FUNDACIÓN CUDECA.

- **EXCELENCIA.** Una forma especial de cuidar al enfermo con cáncer y otras enfermedades en fase avanzada y terminal, y sus familias, fieles a la filosofía de los Cuidados Paliativos.
- **SOLIDARIDAD.** Compromiso con las necesidades de la sociedad, en el ámbito de la misión fundacional.
- **RESPECTO E INTEGRIDAD.** En las relaciones con las personas e instituciones (pacientes, familiares, voluntarios, empleados, proveedores, colaboradores, donantes, patrocinadores, financiadores públicos o privados...).
- **TRANSPARENCIA.** Asegurar que la sociedad conozca cómo se está cumpliendo la misión fundacional, y cómo se gestionan los recursos.

Esta atención integral al paciente y su familia se articula a través de varios programas asistenciales, que no pueden considerarse por

separado ya que actúan siempre coordinados con un mismo fin: **añadir vida a los días.**



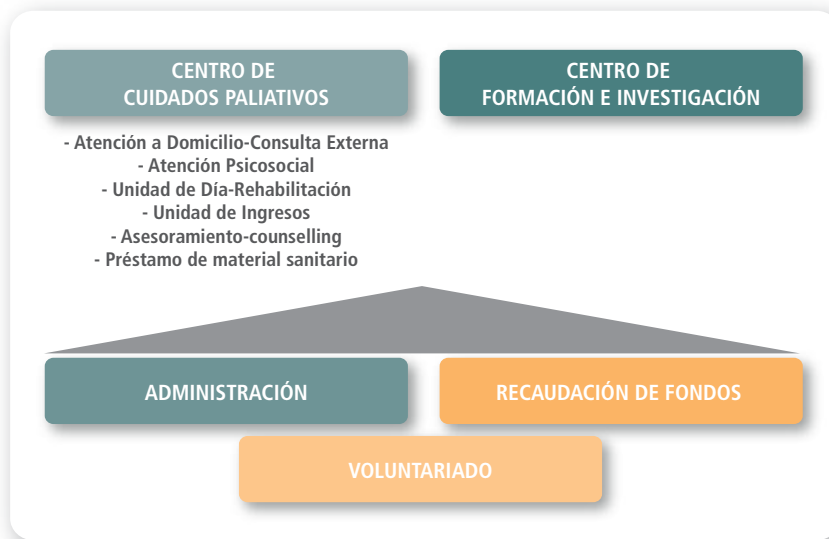
Equipo psicosocial de FUNDACIÓN CUDECA, un elemento más de la red asistencial

El paciente accede a cada uno de estos programas asistenciales en función de su necesidad, y esta asistencia se coordina gracias al trabajo del equipo interdisciplinar de profesionales que componen nuestro departamento

asistencial, para dar una asistencia especializada en cuidados paliativos.

Todos los servicios que Fundación CUDECA ofrece al paciente y familia son gratuitos.

## ESTRUCTURA DE CUDECA.



Los principios y conocimientos profesionales de Fundación CUDECA son comunes a cualquier servicio de cuidados paliativos, y también nuestros valores son comunes; Sin embargo el modelo de trabajo de nuestra organización a veces resulta difícil de entender en una primera aproximación. Son varias las razones para esto:

1. Somos un centro monográfico de cuidados paliativos y este modelo no es frecuente en España, sin embargo es muy habitual en otros países anglosajones.
2. Somos un centro privado de asistencia totalmente gratuita, algo que tampoco es muy frecuente encontrar y que nos genera no pocas desconfianzas. Las personas no pueden creer que todo lo que hace CUDECA lo haga de forma gratuita.
3. Los programas asistenciales que ofrecemos se mezclan, si comparamos con lo que otros servicios y centros ofrecen. En España

no es fácil encontrar la mezcla de servicios que ofrece CUDECA. En la imagen se muestra una tabla extraída del Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos<sup>3</sup>, donde hemos destacado con un círculo rojo los servicios que ofrece CUDECA para que el lector pueda entender mejor nuestro esquema de servicios.

4. Debe destacarse que en CUDECA ofrecemos un servicio de atención psicológica y social mediante profesionales especializados en cuidados paliativos.

El Proyecto CUDECA ofrece una atención integrada al paciente terminal y a sus familiares atendiendo sus necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales a través de un modelo de trabajo interdisciplinar y la coordinación de los diferentes servicios y niveles asistenciales.

<sup>3</sup> Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos, disponible en [http://www.secpal.com//Documentos/Blog/01\\_MONOGRAF\\_SECPAL.pdf](http://www.secpal.com//Documentos/Blog/01_MONOGRAF_SECPAL.pdf)



Con este fin, se han desarrollado varias estrategias:

- Coordinación con hospitales (tanto urgencias como servicios de oncología de los HU Carlos Haya, H. Clínico Universitario, HU Virgen de la Victoria) y atención primaria a través de protocolos de actuación compartidos que aseguran la continuidad de los cuidados.
- Apoyo y asesoría a los profesionales de atención primaria en el proceso de asistencia a las personas en situación terminal no compleja. El proceso de estratificación se hace según el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos de la Consejería de Salud de Andalucía. La complejidad determina si el paciente debe ser o no atendido por un equipo de cuidados paliativos y el timing en el que se debe hacer. Este procedimiento se realiza solo con los pacientes pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud (SAS), aunque internamente se procede también a una estratificación siguiendo las directrices del Proceso Asistencial.

- Interconsulta y asistencia directa mediante la evaluación del enfermo de nivel de complejidad media y su familia, y el diseño de estrategia terapéutica conjuntamente con el profesional del equipo de atención primaria.
- Asistencia directa y continuada por los equipos especializados de CUDECA, a los pacientes con un nivel de complejidad alta y sus familiares, con el apoyo de los equipos de atención primaria. La coordinación y comunicación con atención primaria dependerá en todo caso del grado de complejidad del paciente y se llevará a cabo mediante la gestión de la enfermera gestora de casos del centro de salud.
- Coordinación con los recursos sociales existentes en la provincia.
- Se ha asegurado un desarrollo coordinado, integrado de los programas asistenciales y formativos de CUDECA, con los recursos asistenciales de atención primaria y atención hospitalaria del Servicio Andaluz de Salud, que se reflejan a través de convenios de colaboración.

## SISTEMA GRADUAL DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS.



En la imagen se muestra un diagrama de la organización del departamento asistencial de CUDECA.

## DEPARTAMENTO ASISTENCIAL.



### 4. EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE FUNDACIÓN CUDECA.

En CUDECA tenemos cinco equipos de atención domiciliaria, que cuentan con seis médicos/as y enfermeras/os dedicados en exclusiva a este programa. Ellos se coordinan con el resto del equipo asistencial: psicólogas y trabajadores sociales, y el resto de servicios de Fundación

CUDECA, para dar la atención necesaria en cada caso.

Los profesionales de los equipos realizan la valoración, asesoramiento, seguimiento y tratamiento continuado desde un abordaje integral y multidisciplinar, con el objetivo de facilitar la permanencia del enfermo en su domicilio, en la medida de lo posible y de los

deseos del enfermo, así como de las posibilidades de la familia.

### Criterios de inclusión

1. Paciente en fase paliativa de su enfermedad, mediante petición de atención por su médico responsable (los pacientes del sistema público de salud deben estar incluidos en el Proceso asistencial de Cuidados Paliativos de la Consejería de Salud)<sup>4</sup>.
2. Casos con complejidad o alta complejidad (ver IDCPAL<sup>5</sup>).
3. Pacientes y familias que acepten la asistencia de CUDECA.

### Actividades desarrolladas

#### Asistenciales

- Valoración paliativa integral a paciente y familia.
- Elaboración y desarrollo de plan terapéutico paliativo.
- Apoyo emocional y social a paciente y familia.
- Asistencia especializada psicológica y/o social según necesidad.
- Seguimiento clínico, psicológico y social a la situación.
- Asesoramiento continuado en el domicilio.
- Consulta telefónica continuada diaria hasta las 19.30h.
- Educación sanitaria a familia.
- Seguimiento y apoyo a la familia durante el proceso de duelo.

#### De coordinación

- Coordinación y comunicación con atención primaria y servicios especiales de Urgencias, así como con los recursos sociales.
- Coordinación y comunicación con servicios de referencias y especialidades.
- Consultoría a profesionales socio-sanitarios.

#### De Formación

- Formación a profesionales sanitarios.
- Formación a la familia.
- Formación a voluntariado.

### Actividad anual<sup>6</sup>

La mayoría de los pacientes (más del 90%) que atiende CUDECA son atendidos en el Programa de Atención Domiciliaria. La actividad de este programa no ha parado de crecer cada año, habiendo observado un mayor incremento de la actividad en los últimos 3 años, lo que nos obligó a aumentar el personal dedicado al programa.

Por desgracia el tiempo de atención a los pacientes sigue siendo muy corto (escasamente supera el mes) por lo que los objetivos asistenciales, en muchas ocasiones, quedan hipotecados. Estamos hablando del conocido tópic del “timing” de la derivación a los servicios de cuidados paliativos; esperemos que este aspecto mejore con la formación de los profesionales y la coordinación de los dispositivos encargados de la asistencia al paciente.

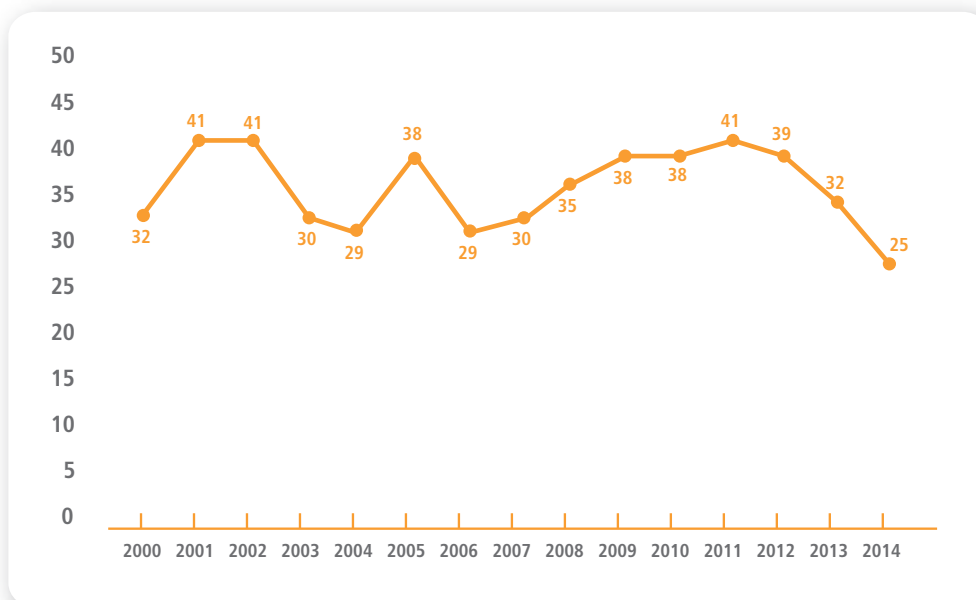
<sup>4</sup> Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos <http://bit.ly/PAICP>

<sup>5</sup> Instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos [http://bit.ly/idc\\_pal](http://bit.ly/idc_pal)

<sup>6</sup> Amano K, Morita T, Tatara R, Katayama H, Uno T, Takagi I. Association between Early Palliative Care Referrals, Inpatient Hospice Utilization, and Aggressiveness of Care at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*. marzo de 2015;18(3):270-3.

ACTIVIDAD	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TOTAL PACIENTES	610	536	551	568	629	717	750	734	798	1.013	1.126
ESTANCIA MEDIA (días)	38	29	30	35	38	38	41	39	32	25	32

### MEDIANA DE SUPERVIVENCIA 2000-2014.



La actividad asistencial de los equipos de atención domiciliar se reparte entre la actividad en consulta externa en nuestro centro y la atención en el domicilio del paciente. El teléfono es un elemento fundamental para la coordinación asistencial y sobre todo para la

seguridad del paciente y su familia. Tener un teléfono al que pueden llamar de forma fácil y segura se convierte en una herramienta asistencial fundamental para los equipos de atención domiciliar. A continuación resumimos nuestra actividad en el año 2015:

	TIPO DE ASISTENCIA	TOTAL AÑO 2015
ACTIVIDAD EN CENTRO CUDECA	Primera entrevista	602
	1ª consulta externa	67
	Consulta externa seguimiento	225
	Consulta duelo	25
		<b>919</b>
ACTIVIDAD EN DOMICILIO	Primera visita	355
	Visita seguimiento	2.026
	Visita duelo	71
		<b>2.452</b>
ATENCIONES DIRECTAS		<b>3.371</b>
TELÉFONO		<b>11.054</b>
<b>TOTAL</b>		<b>14.425</b>

### 3.400 CONSULTAS Y VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS



11.000 SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS



70.000 KM RECORRIDOS

La nacionalidad del paciente es un aspecto que adquiere especial relevancia en nuestro lugar de trabajo. Reflejo de la sociedad malagueña, con matices según la zona de la provin-

cia, es una realidad multicultural que nos exige tenerla en cuenta en muchos aspectos asistenciales para poder dar una respuesta integral a las necesidades del paciente.

NACIONALIDAD	AÑO 2015
ESPAÑOLA	88,6%
INGLESA	5,7%
EUROPEOS	3,6%
DANESA	1,0%
BELGA	0,9%
MARROQUÍ	0,8%
FRANCESA	0,6%
ALEMANA	0,5%
SUIZA	0,5%
OTRAS	2%

Un dato interesante de nuestra actividad que tiene repercusión a muchos niveles, por supuesto en el asistencial, es el grado de información que el paciente tiene sobre lo que le

está pasando. Notamos cierta mejoría en este aspecto a lo largo de los años pero aún es un problema importante que exige el compromiso de todos los implicados.

GRADO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
NO CONOCE QUE ESTÁ ENFERMO	9%
NO CONOCE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD GRAVE	18%
CONOCE DIAGNÓSTICO, NO CONOCE PRONÓSTICO	39%
CONOCE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO	34%

Los profesionales del Programa de Atención Psicosocial también atienden en el domicilio al paciente y su familia en caso necesario, complementando así la atención más clínica de los equipos que llamamos de atención domiciliaria. El círculo de la atención en el domicilio lo

cierran los voluntarios asistenciales, que acuden a los domicilios para tareas de acompañamiento.

Es importante destacar que también en el resto de programas de CUDECA (la unidad de

día, el programa de rehabilitación, la unidad de ingresos) tenemos siempre como objetivo para el paciente el estar en casa siempre que sea posible. Por tanto, el compromiso de estar en casa, con el máximo bienestar posible, no sólo depende del Programa de Atención Domiciliaria, sino de todos los programas asistenciales de Fundación CUDECA.

Es muy importante destacar en este punto que nuestra atención domiciliaria es complementaria y la compartimos con su centro de salud y los servicios de urgencias domiciliarios.

## PRINCIPALES BARRERAS

1. Problemas de financiación.
2. Falta de marco socio-sanitario general.
3. Problemas con el funcionamiento de la Ley de la Dependencia.
4. Falta de formación profesional básica en cuidados paliativos.

## ELEMENTOS FACILITADORES

1. Sensibilización social con el problema asistencial.
2. Experiencia de la Fundación CUDECA.
3. Experiencia e identificación con la misión de la sociedad civil de Málaga.



Equipo del Programa de Atención a Domicilio de la Fundación CUDECA: médica, enfermera, psicóloga, trabajadora social y voluntarios.

## 5. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS.

La atención en domicilio es la base de la asistencia en Fundación CUDECA, nuestro objetivo es siempre que el paciente permanezca en su domicilio, junto a su familia; siempre que se pueda, ya que éste suele ser el deseo de los pacientes y sus familias. En FUNDACIÓN CUDECA atendemos al paciente y a su familia en sus casas, todos nuestros profesionales pueden desplazarse a su casa para atenderles.

Como se puede ver en la historia de CUDECA la atención en el domicilio es la primera actividad que realizamos, en parte porque resulta el servicio más sencillo de desarrollar inicialmente, ya que no requiere la inversión que supone un centro asistencial; pero no sólo por esta razón el Programa de Atención Domiciliaria es el más importante de CUDECA. También es así porque creemos que la casa es el lugar donde la persona quiere estar (suele ser el lugar más confortable para el paciente) pues es allí donde tenemos a mano las cosas más importantes: nuestra familia, nuestras cosas, nuestros lugares, nuestros amigos, nuestros recuerdos.

Es innegable que el papel de la atención domiciliaria es muy importante en el desarrollo de los cuidados paliativos. En muchos lugares es la única modalidad de atención en cuidados paliativos y, en general cuenta siempre con un equipo clínico y apoyo psicológico y social especializado (en algunos casos), aunque actualmente no es un servicio asumido de forma generalizada por la administración sanitaria.

En numerosas ocasiones la necesidad y la complejidad del caso no reside en los aspectos clínicos, si no que se debe a problemas de índole social, problemas que afectan principal-

mente al cuidador principal, y a la familia o el entorno afectivo del paciente, que son los que le ofrecen los cuidados en su domicilio. En este punto es donde el apoyo de la administración deja aún muchas necesidades sin cubrir, son respuestas necesarias para las que el sistema sanitario no tiene respuestas y desgraciadamente el sistema de prestación social tiene pocas y mal dotadas.

Las consecuencias de esta crisis económica son evidentes en todos los servicios, también en el sanitario, sin embargo a nuestro entender el sistema de protección social ha sido el que más ha visto recortado sus servicios y prestaciones. No es infrecuente encontrar ingresos hospitalarios cuya único motivo es la incapacidad del cuidador para prestar unos cuidados básicos a su familiar. Esta situación requiere un análisis largo y extenso que sobrepasa el propósito de este artículo. Desde la experiencia del Programa de Atención Domiciliaria de Fundación CUDECA observamos que nuestra asistencia se ve en muchas ocasiones dificultada porque la familia no tiene los apoyos necesarios para dedicarse al cuidado de su familiar. Las grandes perjudicadas de esta situación son las mujeres, ellas son las que más se dedican al cuidado familiar y las que más frecuentemente renuncian a su trabajo para poder cuidar a su familiar.

En la planificación de la atención al final de la vida la dimensión social y familiar es tan importante como la del paciente, si no se atiende la necesidad del familiar el paciente sufre también por esto y añade este sufrimiento al suyo propio. El domicilio del paciente es el lugar más genuinamente sociosanitario que un sistema de atención puede contemplar, nos falta esta visión, y necesitamos desarrollar planes globales para poder atenderla con eficacia, está en juego la dignidad de la vida, hasta el final.



# ACTUALIDAD



## PREMIOS FUNDACIÓN CASER DEPENDENCIA Y SOCIEDAD 2016

Como todos los años, la Fundación Caser ha otorgado sus Premios Dependencia y Sociedad 2016 para estimular y reconocer la labor de aquellas personas y entidades que se esfuerzan cada día por impulsar la integración y mejorar la calidad de vida de las personas dependientes y/o con discapacidad. A esta séptima edición se presentaron 196 candidaturas y 367 proyectos a sus tres categorías: Excelencia, I+D y Comunicación.

La categoría Excelencia reconoce a la persona, empresa o entidad que se haya destacado por el desarrollo de iniciativas o trabajos que hayan contribuido a dar soluciones integrales a la promoción de la autonomía personal y a los problemas derivados de la dependencia y/o discapacidad. El Jurado ha concedido el premio a la Excelencia al Centro San Camilo por trabajar la dependencia desde la excelencia y la humanización (una labor que ya fue reconocida en 2012 con un accésit por su programa de formación para cuidadores no profesionales de enfermos de Alzheimer).

La categoría I+D reconoce estudios o investigaciones, de carácter innovador, tendentes a la búsqueda de soluciones viables y eficaces para la mejora de la calidad de vida de las personas a través de la prevención, promoción de la autonomía y mejora de su calidad de vida. El premio en 2016 ha sido otorgado a la Fundación ASPAYM Castilla y León por su Centro de Investigación en Discapacidad Física (CIDIF).

La tercera categoría reconoce a la persona, empresa o entidad que, en el ámbito de la comunicación, haya contribuido, de manera significativa, a la información, divulgación y sensibilización de la sociedad acerca del mundo de la promoción de la autonomía personal, dependencia y/o discapacidad. El premio en la categoría Comunicación ha recaído sobre la periodista del ABC, Laura Peraita, por artículos como "Estudiar en la oscuridad: niños invidentes que no cierran los ojos a su futuro".

Además, el Jurado ha concedido tres accésits. El accésit en Excelencia ha reconocido la labor de ASPACE Asturias por sus más de 50 años proporcionando tratamiento a personas con parálisis cerebral. En la categoría de I+D + i, el accésit ha recaído sobre Ignacio Mañero, gerente y Fundador de KMINA, un proyecto cuya principal contribución es el desarrollo de un nuevo concepto de muleta concebida para eliminar o reducir sustancialmente el dolor en las manos de los usuarios. Asimismo, la Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS) ha sido la receptora del accésit en Comunicación por su iniciativa "Que lo escuche todo el mundo", un proyecto audiovisual que pretende sensibilizar a la población española de los retos y situaciones a las que las personas sordas tienen que enfrentarse en su día a día.

Finalmente, el jurado ha resuelto otorgar menciones especiales a Cáritas, por la inmensa labor y las múltiples iniciativas desarrolladas a favor de las personas mayores en situación de dependencia o con discapacidad, y a Francisco Javier González Candela, que, a pesar de padecer desde niño Ataxia de Friedrich, le definen la pasión y la alegría con la que afronta su vida.



## **EL MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIO EN SALUD MENTAL DE CASTILLA Y LEÓN: REFERENTE EN ESPAÑA.**

La Junta de Castilla y León ha aprobado el Acuerdo 66/2016 de 27 de octubre que recoge las “directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental”. El objetivo de las directrices es orientar la actuación de las administraciones públicas de Castilla y León y de todas las personas y organizaciones que participan en la prestación de servicios a personas con discapacidad por enfermedad mental para articular “toda una red de prestaciones de recuperación e inclusión social de salud mental y de servicios sociales tanto generales como específicos”. A la base está un modelo comunitario de atención a la salud mental, que concibe el domicilio o entorno habitual como el espacio idóneo de atención, activando y coordinando todos los recursos comunitarios (públicos y privados) disponibles. Las directrices explicitan los siguientes principios rectores del modelo integrado: atención centrada en la recuperación de la persona, continuidad de atención y cuidados, autonomía, inclusión en la comunidad y participación, equidad, calidad, accesibilidad y sistema de apoyos personalizados. El modelo se construye con estructuras de coordinación específicas (Equipo Mixto Provincial, Comisión Mixta Regional) e instrumentos claves como el Proyecto de Vida y el profesional de referencia. El Acuerdo está recogido en el núm. 2010 del Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) de 31 de octubre de 2016.



