

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

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/

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

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

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

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

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

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

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>