

# COORDINACIÓN ENTRE EL SISTEMA SANITARIO Y LOS SERVICIOS SOCIALES; UNA SENDA DEFINIDA COMO PARTE DE LA SOLUCIÓN

**EMILIO HERRERA MOLINA**

Director General de Enterprising Solutions for Health

---

## Sumario

1. LA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA COMO MEDIDA EFICIENTE EN LA QUE INVERTIR.
2. ELEMENTOS FACILITADORES, DIFICULTADES Y RETOS PARA LA COORDINACIÓN SANITARIA Y SOCIAL. RESUMEN DE MEDIDAS CONCRETAS.
3. CUIDADOS INTEGRADOS Y COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA: TABÚES APARTE, UNA OPCIÓN QUE NO DEBE DEMORARSE.
4. ANEXOS.
5. BIBLIOGRAFÍA.

## 1. LA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA COMO MEDIDA EFICIENTE EN LA QUE INVERTIR.

Desde un concepto amplio, un sistema de promoción de la salud y el bienestar, sin duda rebasa con creces al clásico concepto de la asistencia sanitaria. Si construir un sistema de protección social adecuado, requiere incidir en variables desde diferentes frentes y sectores complementarios para la mejora de la salud pública (concepto de la horizontalización de las políticas de salud, Oliva, González, Ortún), el ámbito de la atención a la dependencia debe ser la primera de las primeras fichas a mover para permitir la reorganización que apunte la reestructuración social a la que el cambio sociodemográfico y epidemiológico nos llevan. Como se ha publicado, los recortes sociales pueden llegar a influir incluso más negativamente en la salud de la población que los recortes en el propio sistema sanitario (Stuckler 2010). Y esto a su vez, tener las primeras consecuencias para disminuir la productividad social.

Dicho de otro modo, para poder alcanzar un modelo social productivo capaz de hacer frente a la dura realidad económica en la que estamos inmersos, necesitamos una estructura social sustentada en unos pilares firmes, capaces de atender de manera suficiente las necesidades primarias de sus ciudadanos.

Las diferentes estimaciones sobre la envergadura del problema de la enfermedad crónica, señalan que origina más del 60% de las muertes a nivel mundial (enfermedades no transmisibles y desórdenes mentales), que en el 2020 las enfermedades crónicas serán primera causa de discapacidad en el mundo, o que en el Sistema Nacional de Salud en España suponen

el 80% de las consultas de atención primaria (AP) y un 60% de ingresos hospitalarios. Más del 50% de las camas hospitalarias están ocupadas por mayores de 65 años, y el consumo farmacéutico de la enfermedad crónica supera el 50% del gasto total. La atención a personas con enfermedad crónica y dependencia, lejos de ser una cuestión marginal en la escala de valores, significa una de las claves primeras a solucionar para que la nueva organización social se pueda mantener. Este argumento ha pasado de ser sólo una cuestión de ética solidaria para la protección de los más débiles, a encabezar las obligaciones de gestión de unos sistemas que ven como la mayor parte del gasto socio-sanitario, se acumula en los últimos meses de la vida de las personas cuando la enfermedad se hace más patente, requiere más intervenciones y necesita más apoyo para cubrir sus necesidades sociales y las de sus cuidadores. Si es en estas situaciones de necesidades crecientes, en las que los sistemas sanitario y social se gastan la gran mayoría de sus presupuestos (enfermedades crónicas avanzadas, último año de vida y situaciones de gran dependencia) de las partidas que a su vez suponen casi el 50% (alrededor de 2200 M de euros/millón de habitantes/año) del total de los presupuestos públicos, parece lógico entender, que la solución del problema no puede partir de dejar de atenderlo.

Muy al contrario, se trata por tanto de: 1º) invertir en medidas de salud horizontales para partir de un sistema de protección social capaz de fomentar nuestra capacidad de producir; 2º) disminuir (“desinvertir”) decididamente en aquellos servicios de escaso valor añadido y alto coste que han venido añadiéndose al sistema de servicios públicos en tiempos de malentendida “bonanza”; y 3º) de diseñar sistemas complementarios que empasten entre sí,

cumpliendo la doble misión de atender mejor y más integralmente a las personas generando sinergias, evitando desatención de necesidades perentorias, evitando duplicidades y aumentando la productividad.

En este sentido, diversos sistemas nacionales de salud están focalizando en un reajuste en las prestaciones sanitarias de coste-efectividad asumibles, y al tiempo, explorando mediante verdaderos proyectos demostración, modelos que avancen hacia servicios sanitarios y sociales complementarios, coordinados e incluso integrados. Si bien es cierto que muchos de los resultados de estos modelos de atención están aún en estudio, a la luz de los resultados actuales, podemos afirmar que es mucho el conocimiento ya extraído, y aunque proviniendo a veces de sistemas diferentes al nuestro, puede resultar de enorme utilidad. Una característica que hoy día nos diferencia claramente de otros países, es la importante incapacidad que está mostrando nuestro sistema a la hora de implementar las nuevas medidas llamadas a corregir los errores existentes. Las definiciones en nuestro ámbito de lo que es la coordinación socio-sanitaria y el espacio socio-sanitario, han ocupado múltiples trabajos profesionales, documentos de titularidad pública (el propio Libro Blanco de la Dependencia) e incluso normativa legal como la propia Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Incluso es profusa la publicación de planes destinados a profundizar en esta línea. No así, la implementación de los cambios estructurales que han venido siendo anunciados.

Sin embargo, si bien es difícil encontrar importantes renovaciones hacia sistemas integrados en la provisión de servicios, sí hay un extraordinario número de iniciativas aisladas

alrededor de España que están mostrando buenos resultados en las múltiples facetas que representan la coordinación socio-sanitaria. Con la intención de profundizar y resumir el conocimiento existente sobre los elementos facilitadores y las barreras para el desarrollo de iniciativas de coordinación socio-sanitaria, estudiar la situación en el conjunto de Comunidades Autónomas (CCAA), y proponer medidas para el avance en este sentido, se trabajó y publicó el Libro Blanco de Coordinación Socio-sanitaria (LBCSS) desde el Ministerio de Sanidad y Política Social.

## **2. ELEMENTOS FACILITADORES, DIFICULTADES Y RETOS PARA LA COORDINACIÓN SANITARIA Y SOCIAL. RESUMEN DE MEDIDAS CONCRETAS.**

Tal y como se resumía en el texto mencionado tras la revisión de diversas experiencias, se identificaron factores que facilitaban y dificultaban respectivamente la coordinación entre los sectores sanitario y social (Anexo. Tabla 1). Cuando estos elementos pasan de ser leídos a ser reflexionados, bastan para entender que la realidad que nos envuelve se pone en contra: es difícil encontrar de los primeros y abrumadora la presencia de los segundos.

Si a esto se unen las diferentes culturas de ambos sectores, las marcadas diferencias organizativas territoriales entre ambos, niveles competenciales muy dispares, sistemas de financiación muy diferentes (desde los modelos de ingreso hasta los mecanismos de asignación presupuestaria), estructuras y procesos asistenciales separados y a veces incluso paralelos, y sistemas de información que hoy por hoy no permiten compartir análisis intersectoriales, se entiende el por qué de la falta de avances en la

práctica, al tiempo que cobran mérito las experiencias llevadas a cabo.

Hasta hace pocos meses, y con carácter general, el nivel de desarrollo de la coordinación socio-sanitaria en España, destacaba por un mayor número de normativas, estructuras, y planes de coordinación socio-sanitaria, y una falta importante tanto de definición de su funcionamiento, como de constancia del mismo y evaluación de sus resultados. Por el contrario, y como de costumbre ha venido ocurriendo en la coordinación socio-sanitaria, alcanzaba una nota muy positiva el grado de definición y consenso de programas y/o protocolos integrales e intersectoriales para la atención de trastornos mentales graves o de la enfermedad mental en general.

Especialmente llamativo era que todas las cuestiones que tuvieran que ver con la acción conjunta desde ambos sectores de manera sinérgica eran las más ausentes. Así, las actuaciones coparticipadas por profesionales de ambos sectores, los mecanismos de financiación compartida de recursos de atención a pacientes con enfermedad crónica y dependencia, o la existencia de indicadores conjuntos por lo general, resultaban prácticamente anecdóticas.

Si bien es cierto que hasta ahora la coordinación socio-sanitaria se ha entendido como el medio y no como un fin en sí mismo, también es válido el argumento de que si se acepta la finalidad de lograr un sistema que provea una atención integral y eficientemente coordinada, más que ante una simple herramienta de gestión, estamos ante los principios fundamentales de un modelo organizativo.

No podemos aceptar la reverberante expresión

del “ya estamos en esto”, porque nada hay más lejos de la realidad y es la primera barrera para dar los primeros pasos hacia los cambios que necesitamos. Que el SNS y el SAAD han representado logros de tremenda importancia para la consolidación del estado del bienestar no cabe duda, pero también, que la situación actual dista mucho de la pretendida tal y como se constata en los pocos estudios de campo realizados.

De alguna manera, este es el principio inspirador de los proyectos innovadores que en el escenario internacional están evaluando los condicionantes, aciertos y ventajas, de la llamada atención integrada (“integrated care”). Probablemente para afrontar nuestra necesidad con determinación es necesaria la desaparición tanto de importantes complejos como de renombrados tabúes.

Beland y Hollander señalaban en una reciente revisión que entre los sistemas integrados de atención había tanto experiencias de áreas pequeñas y locales, que surgían más de abajo arriba, como intentos macro que eran más dirigidos desde la clase política hacia los niveles de gestión, en un intento de regular de manera diferente los sistemas preexistentes. Tanto en unos como en otros, las claves para el desarrollo de los proyectos con éxito parecían haber contemplado medidas comunes: la creencia comprometida en la filosofía del continuum de los cuidados coordinados, una planificación consecuente a través de todo el rango de servicios, la existencia de una estructura de servicios comunitarios suficientes, puerta de entrada única, la gestión de casos y clasificación de pacientes independiente de los proveedores, sistemas de información integrados, la definición de niveles, procedimientos, servicios elegibles,

así como la posibilidad de combinar los servicios y de los pacientes de transitar entre los diferentes niveles.

Al igual que se han descrito los elementos favorecedores y aquellos que caracterizan los proyectos que han ido mostrando cierto éxito, también se han descrito en el propio LBCSS las medidas que definen la senda a seguir para avanzar hacia un modelo más coordinado que el actual. (Anexos. Tabla 2, Tabla 3, Tabla 4).

No estamos pues indefensos ante la falta de elementos que indiquen por donde seguir reorganizando hasta mejorar la complementariedad de ambos sectores. Más aún, muchas de las medidas enumeradas, surgieron del estudio pormenorizado de los proyectos (“hazañas” dado el entorno), puestas en marcha en las cada una de las 17 CCAA. La quietud parece por tanto obedecer más a una falta de fe que de definición del camino; responder más a la ausencia de arrojo que a la escasez de lógica analítica. El argumento de la “prudencia” podría tener cierta disculpa inicial, pero el tiempo de crédito se ha agotado. Si por el contrario, la causa de tanto retraso fuera la convicción de que cada una de estas medidas suponen más gasto que inversión, entonces es que partimos de un grave error de conceptos.

Si como hemos quedado, se trata de definir elementos que mejoren la eficiencia, ésta no se alcanza quitando prestaciones sin determinar criterios comparativos de coste-utilidad entre ellas, sino reorganizando funcionalmente el sistema (coordinando e integrando ambos subsistemas en la actualidad), al tiempo que se sustituyen prestaciones superfluas por medidas horizontales que mejoren tanto la salud como la calidad de vida de las personas con enfermedad

crónica y con dependencia. Esto no son quimeras imposibles, sino una declaración de principios en la determinación del rumbo y un guante en la cara ante la falta de acción decidida. Claro está que sin crédito no iremos a ninguna parte, pero con él ¿Hacia dónde?...

Hemos de demostrar que tenemos conocimientos para saber dónde debemos ir, y talla suficiente para tomar las decisiones (con los riesgos que conlleva) de saber dónde invertir.

### **3. CUIDADOS INTEGRADOS Y COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA: TABÚES APARTE, UNA OPCIÓN QUE NO DEBE DEMORARSE.**

Sabemos que el sistema en su conjunto hace aguas, y especialmente por los huecos que dejan entre sí ambos sectores. Pero la coordinación socio-sanitaria y los cuidados integrados deben ser reconocidos como algo más que el conjunto de medidas destinadas a mejorar la calidad de atención de aquellas personas que son derivadas desde un nivel asistencial a otro, con el fin de mejorar la seguridad del paciente, disminuir las duplicaciones, y evitar los errores (cambios de medicación, etc...). La mayor parte de las dificultades se suelen evidenciar más intensamente al dar de alta desde los hospitales de agudos, tanto al ámbito comunitario como al sector social (Hocfmarcher 2007). Estas acciones han sido bautizadas como “transitional care”. Construir un sistema de cuidados integrados funcionalmente debe incluir también la mejora del cuidado en la transición entre los niveles asistenciales y los diferentes sectores, pero centrarse únicamente en atar cabos desde ambas orillas y en planificar las derivaciones de pacientes con enfermedades crónicas, es sólo una visión parcial de la tarea por realizar.

A los miedos ya consagrados de la “sanitarización de los servicios sociales” por parte del sector social, o de la “responsabilidad de tener que afrontar el sistema sanitario además de las deudas propias, las de un sistema de la dependencia” que parte de presupuestos insuficientes, se suman las protestas y reivindicaciones de los diferentes colectivos por no perder el status quo que se han ido consiguiendo hasta nuestros días. Todo esto en el caldo de cultivo de la agónica popularidad social de la política, hace bueno cualquier pretexto para reforzar la excusa de que aún no es el momento de planificar ni de iniciar cambios de fondo. Hemos de pasar página.

La verdadera dificultad no está tanto en saber recortar prestaciones sin provocar levantamientos sociales, sino en saber invertir los créditos para obtener la mayor rentabilidad en el medio plazo que nos saque del hoyo. Al igual que los mercados y que la marca España, también el sistema de salud y de bienestar necesita confianza para reconstruirse y salir adelante; eso comienza por hacer caso a lo que desde tantas fuentes reputadas, incluido el propio Consejo Interterritorial, se ha venido repitiendo.

Al tiempo que se va generando evidencia, diversos sistemas de salud han ido tomando determinaciones en el avance de sistemas de cuidados integrados, en los que se establecen nuevas y marcadas relaciones a nivel local entre el gobierno del sistema nacional de salud, los servicios sociales y la propia responsabilidad de los agentes locales y municipales (Humphries 2010). De alguna forma, se trata de ir alineando las iniciativas de coordinación socio-sanitaria, con la integración de los cuidados centrando los servicios en el ciudadano, junto a la firme decisión de devolver a la comunidad

y la atención primaria la responsabilidad y el liderazgo en el abordaje de la salud y el bienestar (Primary care partnerships). En este nuevo modelo, la armonía entre responsabilidad con el sistema y autonomía local es extremadamente delicada: un fallo tanto por exceso como por defecto podría dar al traste con el equilibrio. Resulta fundamental dejar claro los que deben ser los objetivos de productividad y resultados a nivel local. En esta perspectiva subyace el cambio de perspectiva del Gran Estado hacia la perspectiva de la Gran Sociedad.

Junto a la congoja por la falta de ingresos suficientes para mantener la arquitectura actual de la sanidad, se une ahora la lectura de un sistema de atención a la dependencia que estaría en una situación tan crítica como el anterior, insuficiente en sus presupuestos para atender a quienes debe, mal distribuido en cuanto a servicios y prestaciones económicas, y que requiere de un freno abrupto respecto de la previsión de crecimiento planteada en el pasado.

Si defendemos la importancia tanto de la prevención de la enfermedad y de la dependencia, como de la promoción de la salud y de la autonomía personal (Herrera 2011), cabría plantearse si el supuesto freno que queremos poner al gasto público, debe comenzar de nuevo, por postergar la inversión en la prevención de los grados leves de la dependencia, para aplicar los gastos a la gran dependencia, antes incluso de haber filtrado la posible falta de pertinencia de parte de las prestaciones económicas concedidas.

Tal vez debiéramos modificar el enfoque de las preguntas que debe hacerse el sistema para seguir progresando. En vez de tanto insistir exclusivamente en la pregunta erosiva de dónde

recortar sin provocar un tumulto social, debiéramos plantearnos qué acciones mejorarían el bienestar de los ciudadanos con el uso eficiente de recursos alternativos ya existentes en el mapa de los servicios públicos y privados, y cuáles de ellas podrían estimular la vía de ingresos del sistema y disminuir la vía de gasto general (por ejemplo, con la disminución de prestaciones por desempleo). El crédito debe venir para invertir en desarrollo (Rivera 2005), no para perpetuar las conocidas ineficiencias. Necesitamos un sistema de salud integral, que aporte más valor social que nunca, a un menor coste. Como defienden Humphries y Curry, “afrota una situación crítica sin precedentes en cuanto a la presión entre necesidad de servicios y escasez presupuestaria”; si bien esto pondrá a prueba las buenas relaciones entre los diferentes actores, también puede traer consigo la evidencia patente de cuánto pueden llegar a necesitarse ambos sectores para hacer bien las cosas con presupuestos tan escasos.

Tal como defiende López Casanovas: “... Hay que valorar el sector sanitario no solamente desde la óptica del gasto que genera sino también en relación con el bienestar que crea...”. Socialmente hemos de alinear los términos de producción del sistema con el análisis económico tanto de los costes, para obtenerla, como de los beneficios que se obtengan. Y en este sentido necesitamos un replanteamiento del término utilidad social cuando hablamos del cuidado de personas con enfermedad crónica y dependencia como resultado de la función de producción en salud. Si creemos que la atención a la cronicidad y a la dependencia deben pasar a ser la prioridad del sistema de atención, como ya son la principal necesidad y la principal fuente de gasto, los objetivos a perseguir y a evaluar deben estar más relacionados

con la calidad de vida, el control sintomático, el bienestar en general y la eficiencia en la gestión del caso, que con los clásicos parámetros que han venido siendo los valorados a la hora de medir la rentabilidad de las iniciativas a poner en marcha en el sector de la salud.

Tal vez de nuevo, las dudas sobre la verdadera eficiencia que puede aportar o no la coordinación se basen en la falta de pruebas debidas a la dificultad para alcanzar evidencia en sistemas complejos con variables difíciles de controlar, o a la existencia de estudios que no estuvieron adecuadamente diseñados originalmente para medir resultados integrales comparados con alternativas clásicas (OCDE 2007).

Más no siempre es mejor; pero menos, tampoco. El incremento del gasto es inasumible ante una amenaza tan evidente de quiebra financiera; pero la inexistencia de inversión y apuesta por modelos al medio plazo, es la peor de las noticias ante un sistema que requiere soluciones. La inversión en salud no es un objetivo aplazable hasta la llegada de mejores momentos económicos, porque si fueran recortados servicios básicos de alto valor añadido para el bienestar de los ciudadanos, podría caer la productividad social, y con ella más aún el nivel de riqueza. Como defiende Surhcke, “Los países desarrollados deberían considerar invertir en salud como una (de las pocas) opciones de alcanzar sus objetivos económicos”. Del estado del bienestar depende que logremos superar esta crisis. Y aquel, depende a su vez de abandonar la quietud ensimismada que contempla pasmada la vía de los recortes como única alternativa, y progresar en la implantación las numerosas medidas bien definidas que sabemos, son parte de la solución.

Tenemos la obligación moral y todavía más la posibilidad real de invertir en la construcción de un sistema que se adapte a las necesidades actuales de los ciudadanos, apueste por la eficiencia y vuelva a reunir la ilusión incluso de aquellos desencantados que han visto caer el sueño de un sistema nacional de salud que ayudaron a construir, o los que ahora se suman a la decepción, admitiendo las recientes noticias de que tal vez, tampoco sea viable económicamente un sistema que proteja a las personas con dependencia.

La salida de la tempestad no puede ser dejar de nadar para ahorrar energías. Así el final está asegurado. Si bien avanzar en el sentido equivocado puede tener tremendas consecuencias, la parálisis y la falta de avances para nada es-

timulan la productividad del nuevo modelo social que buscamos. En tiempos de incertidumbre encontrar el camino exacto siempre es una incógnita; al fin y al cabo, los procesos de integración socio-sanitaria se comportan como sistemas adaptativos complejos, en los que al tiempo que ir dando pasos, se requiere ir aprendiendo de la experiencia y reorientándola, más que obedecer ciegamente a pasos rígidamente estructurados (Tsisis 2012) . Es decir, avanzar es necesario para poder aprender; y es posible si sabemos al menos la dirección que deben tomar nuestras decisiones. El rumbo pasa por la estrecha coordinación de ambos sectores y una integración funcional de ambos subsistemas. La senda está definida.

#### 4. ANEXOS.

**Tabla 1. Factores que facilitan y dificultan la coordinación socio-sanitaria.**

FACTORES QUE FACILITAN	FACTORES QUE DIFICULTAN
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cultura organizacional y liderazgo.</li> <li>● Enfoque hacia el paciente.</li> <li>● Desarrollo de estructuras de coordinación que funcionen.</li> <li>● Apoyo de sistemas de información.</li> <li>● Existencia de equipos interprofesionales.</li> <li>● Gestión del desempeño.</li> <li>● Gestión financiera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Presión financiera.</li> <li>● Complejidad organizativa.</li> <li>● Cambio de líder.</li> <li>● Rigidez Cultural.</li> <li>● Complejidad del manejo de la información.</li> </ul>

Fuente: adaptado del LBCSS del MSPS.



**Tabla 2. Medidas de Innovación Organizativa.**

<b>A) Generar una cultura organizacional compartida:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Definición común de principios generales.</li><li>• Establecimiento de política estratégica común.</li><li>• Viraje a un modelo proactivo de salud.</li><li>• Prioridades: prevención y atención cronicidad y dependencia.</li><li>• Asunción de los cambios.</li><li>• Compromiso y responsabilidad compartida que garantice la continuidad de cuidados.</li><li>• Equiparación entre sectores.</li></ul>
<b>B) Normas y directrices para fomentar el desarrollo de la coordinación:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estrategia a nivel nacional con respeto al ámbito autonómico.</li><li>• Articulación de iniciativas jurídicas conjuntas.</li><li>• Sensibilización para promoción de la salud y PAP.</li><li>• Protocolos conjuntos de actuación.</li><li>• Transferencia de conocimientos inter e intraterritorial.</li></ul>
<b>C) Estructuras y procedimientos de coordinación:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Equivalencia de los mapas sanitario y social.</li><li>• Creación de estructuras de gestión y coordinación.</li><li>• Gestión por procesos.</li><li>• Diseño de protocolos asistenciales.</li><li>• Método interdisciplinar de trabajo.</li><li>• Procedimientos de derivación entre sectores.</li><li>• Relación entre la historia clínica/historia social.</li><li>• Puerta de entrada única.</li><li>• Marcos de colaboración con la red privada y el tercer sector.</li></ul>
<b>D) Sistemas de Calidad y Evaluación:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Definición de estándares de calidad.</li><li>• Diseño de herramientas de evaluación.</li><li>• Establecimiento de objetivos de mejora continua.</li><li>• Divulgación de los resultados.</li><li>• Fomento de estudios sobre eficiencia del sistema.</li></ul>
<b>E) Sistemas de Financiación y Gestión económica:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Flexibilización del modelo financiero.</li><li>• Nuevas medidas de financiación.</li><li>• Financiación conjunta.</li><li>• Innovación hacia modelos de gestión compatibles.</li><li>• Optimización de costes.</li><li>• Dotación presupuestaria específica y complementaria.</li><li>• Reorientación de estructuras a la finalidad perseguida.</li></ul>

Fuente: adaptado del LBCSS del MSPS.

**Tabla 3. Medidas de Innovación Asistencial.**

A) Sistema Asistencial:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Determinación de la población diana.</li><li>• Cartera de servicios conjuntos.</li><li>• Generación de espacios de expresión de los usuarios y familiares.</li><li>• Conexión del sistema socio-sanitario con el resto de sectores.</li><li>• Promoción de programas comunes de atención.</li><li>• Priorización de casos complejos.</li><li>• Planificación precoz de las altas hospitalarias.</li><li>• Generación de cuidados intermedios.</li><li>• Apoyo al cuidador.</li><li>• Racionalización del gasto en material terapéutico y fungible.</li><li>• Implicación de los dos sectores desde el origen de los casos asistenciales.</li><li>• Implicación de todos los niveles territoriales (nacional, regional y local).</li></ul>
B) Formación y Gestión de profesionales:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Compromiso profesional con el modelo.</li><li>• Trabajo en equipo, distribución competencial.</li><li>• Incentivos a la productividad.</li><li>• Planes de formación conjuntos.</li><li>• Establecimiento de nuevos canales de comunicación entre profesionales.</li><li>• Empoderamiento del profesional.</li><li>• Gestión del cambio.</li><li>• Definición de perfiles y categorías profesionales.</li><li>• Unificación del mapa retributivo.</li><li>• Formación específica para la mejora de las competencias y las habilidades.</li><li>• Capacitación de cuidadores.</li></ul>

Fuente: adaptado del LBCSS del MSPS.

**Tabla 4. Medidas de Innovación Tecnológica.**

Tecnologías de la Información y la Comunicación:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Establecimiento de criterios para incorporación de las TIC</li><li>• Definición del CMBD socio-sanitario</li><li>• Generación de espacios virtuales de colaboración e información de pacientes y profesionales</li><li>• Tarjeta social y sanitaria</li><li>• Sistemas de información compartidos</li><li>• Sistemas de seguimiento y evaluación de la calidad</li><li>• Soluciones tecnológicas para la comunicación y la teleatención remota</li></ul>

Fuente: adaptado del LBCSS del MSPS.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Beland F, Hollander M. Integrated Models of Care Delivery for the Frail Elderly: International Perspective. *Gac Sanit* 2011; 25 (S): 138-146.
- González López-Valcarcel B, Ortún V. Putting health in all welfare policies: is it warranted? A southern european perspective. *J Epidemiol Community Health*. 2010; 64: 497-9.
- Herrera E, Muñoz I, Martín V, Cid M. Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. *Gac Sanit* 2011; 25 (S): 147-157.
- Herrera E, Campón JC, Simón M, et al. Plan Marco de Atención socio-sanitaria de Extremadura 2005-2010. Junta de Extremadura.
- Hofmarcher, M. M., H. Oxley and E. Rusticelli (2007). "Improved Health System Performance through better Care Coordination", OECD Health Working Papers, No. 30, OECD Publishing. doi:10.1787/246446201766.
- Humphries R, Curry N. Integrating health and social care: where next?. The kings fund 2010.
- López Casasnovas G. El valor de la salud. 2003. Disponible en: [http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.upf.edu%2Fpdi%2Fres%2Flopez\\_casasnovas%2F\\_pdf%2FGuilemdef.pdf&ei=wPhiULrGG8nW0QXCpYCgAQ&usg=AFQjCNF84SyWYiKLeHcoOqCh0EmFG2hjGg&sig2=s7M2nd0rv7cg\\_Rs7PEo8\\_g](http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.upf.edu%2Fpdi%2Fres%2Flopez_casasnovas%2F_pdf%2FGuilemdef.pdf&ei=wPhiULrGG8nW0QXCpYCgAQ&usg=AFQjCNF84SyWYiKLeHcoOqCh0EmFG2hjGg&sig2=s7M2nd0rv7cg_Rs7PEo8_g).
- Ministerio de sanidad y política social. Libro Blanco para la coordinación socio-sanitaria en España. 2011.
- Oliva J, et al. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010.
- Rivera B, Currais L. La inversión en salud como gasto productivo: un análisis de su contribución al crecimiento económico. Presupuesto y gasto público 2005. Instituto de estudios fiscales: 103-120.
- Stuckler, Suhrcke. Will the recesión be bad for our health?. *Social science&medicine* 2012; 74: 647-653.
- Suhrcke M, McKee M, Sauto R, Tsolova S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the european unión. European Communities. Luxembourg: office for oficial publications of the European Communities.
- Tsisis P, Evans J, Owen S. Reframing the challenges to Integrated Care: a complex adaptative systems perspective. *International Journal of Integrated Care* 2012; (12).