

TRABAJO SOCIAL ANTE LA ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

ANA ISABEL LIMA FERNÁNDEZ

Presidenta del Consejo General del Trabajo Social y de la Federación
Internacional Europea de Trabajo Social.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.
2. MARCO TEÓRICO.
3. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS.
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.
5. CONCLUSIONES.
6. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Trabajo Social, coordinación, atención, sistema sanitario, sistema de servicios sociales, gestión del caso, atención centrada en la persona, relacional, sociosanitario.

RESUMEN

Este texto trata de recoger algunas consideraciones del Consejo General del Trabajo Social en torno a la coordinación y la atención sociosanitaria recogida en diferente normativa social y sanitaria, basándose en tres ejes: la defensa de los dos sistemas de protección social; las propuestas para la mejora de la acción profesional en ese ámbito, y las propuestas de planificación de cara a la estrategia de coordinación y atención sociosanitaria que prepara el Gobierno. Para ello es importante aclarar cuestiones que tienen que ver con la conceptualización, la planificación, la organización, la financiación y también con la calidad planteada desde la atención profesional que garantice una atención biopsicosocial. Por último, también recoge algunas propuestas de cara a la nueva estrategia sociosanitaria.

KEYWORDS

Social Work, coordination, attention, sanitary system, social services system, case management, attention focused on the person, relational, social and health care system.

ABSTRACT

This text tries to gather some considerations of the Spanish General Council of Social Work on the coordination and the social and sanitary attention gathered in different social and sanitary regulations, being based on three axes: the defense of the two systems of social protection; the proposals for the improvement of professional action in this area, and the planning proposals of the strategy of integrated care strategy provided by the Government. For this, it is important to clarify issues that have to do with conceptualization, planning, organization, financing and also with the quality raised from professional care that guarantees bio-psycho-social care. Finally, it also includes some proposals for the new integrated care strategy.

1. INTRODUCCIÓN.

Los cambios sociales provocados por cuestiones demográficas como son el aumento de la esperanza de vida en la población, los cambios de la familia, la mayor movilidad laboral, el cambio de rol tradicional de la mujer como cuidadora etc., hacen que las necesidades sociales cambien en función del contexto y es importante que existan planteamientos para el abordaje del desafío de la cronicidad. La necesidad de coordinación y atención integral entre el sistema de servicios sociales y el sanitario en torno a personas que la padecen, se desarrolla en dos ámbitos de intervención tradicionales para el trabajo social. Asimismo existen diferentes leyes en los dos ámbitos social y sanitario que recogen la necesidad de coordinación y atención socio sanitaria. Por ello, es interesante que se pueda realizar un análisis desde la perspectiva de una de las profesiones que está presente en ambos sistemas de protección social.

2. MARCO TEÓRICO.

Desde el Consejo General y los Colegios Profesionales del trabajo social se trabaja por contribuir a garantizar una buena praxis en general a la ciudadanía y a las instituciones. Por ello, en el ámbito de la coordinación socio sanitaria se han establecido unas líneas de acción basadas en tres ejes fundamentales: la elaboración de propuestas de cara a la mejora de la acción profesional en estos ámbitos; la defensa de los dos sistemas de protección social como públicos, universales y de calidad; y la elaboración de diferentes propuestas de planificación de cara a la estrategia de coordinación y

atención socio sanitaria que prepara el Gobierno de España.

2.1. Presencia del trabajo social en los sistemas de servicios sociales y de salud.

Los ámbitos de servicios sociales y de salud, corresponden por ese orden a los dos ámbitos donde la profesión del trabajo social tiene más representación en su ejercicio (Pastor 2013).

La presencia de profesionales del trabajo social en el Sistema de Servicios Sociales es muy significativa. Tal y como reconocen las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a nivel estatal, son los “profesionales de referencia” de la atención primaria. Por otro lado, además forman parte de los equipos multidisciplinares de la atención especializada y del Sistema de Salud, aportando valor a la concepción biopsicosocial de la salud, datándose su existencia desde hace más de 30 años.

2.2. Conceptualización de coordinación y atención socio sanitaria.

El decálogo del trabajo social (2014) para una estrategia de coordinación y atención socio sanitaria recoge el perfil de la persona con necesidades socio sanitarias como el de cualquier persona que en un momento de su vida necesita recibir atención sanitaria y social de forma coordinada y/o integrada. Esta atención puede ser temporal o permanente. No todas las personas con patologías clínicas o sociales de los grupos que se pudieran priorizar son susceptibles de atención socio sanitaria, sino solo aquellas

que reúnen a la vez patología clínica y problema social añadido. Esto quiere decir que los sistemas deberán seguir atendiendo con sus propios recursos aquellos casos que no comportan situación de necesidad según los criterios del otro sistema. Reconocemos la necesidad de avanzar partiendo inicialmente del conjunto de los perfiles de ciudadanos que se incluyen en el binomio cronicidad-dependencia.

A. Coordinación sociosanitaria.

La definición de la mayor parte de autores incide en que es la necesidad de una acción intersectorial entre los sistemas de servicios sociales y salud, con el objeto de garantizar la mejor atención a las personas que necesiten la intervención desde ambos sistemas, por lo que normalmente se centra en ámbitos de promoción de la autonomía y atención a las situaciones de dependencia donde las personas atendidas necesitan una respuesta integral a sus necesidades. También se indica que es importante la implicación de los profesionales de ambos sistemas en la planificación, protocolos e itinerarios adecuados (Verde 2012). En función de cada caso será necesaria además la coordinación entre otros ámbitos como el educativo, el laboral etc., y trabajo en red.

La coordinación sociosanitaria no supone crear un nuevo subsistema sino ajustar cuestiones de planificación, organización de los sistemas y recursos ya existentes en torno a las metodologías de la atención centrada en la persona. Por supuesto que para su mayor eficacia, necesita además unas ratios profesionales y recursos adecuados en ambos sistemas.

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia recoge el mandato de establecer procedimientos de coordinación sociosanitaria, indicando que se deben crear los órganos de coordinación que procedan para ello.

B. Atención sociosanitaria.

La atención sociosanitaria está definida en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, identificándola como una prestación que se destina a enfermos generalmente crónicos que debido a sus características especiales pueden beneficiarse de una actuación simultánea y sinérgica de servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y potenciar su inserción social. Por ello este tipo de atención puede implicar una atención compleja e integral en un recurso ya sea social o sanitario.

Sobre todo va dirigido a personas que tienen problemas de salud como son demencias avanzadas, paciente geriátrico frágil, enfermedades avanzadas, paliativos etc., y dificultades sociales en el soporte familiar, cuidadores, entorno, convivencia, condiciones de la vivienda, situación económica o recursos asistenciales.

El decálogo del trabajo social (2014) para una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria recoge que la atención sociosanitaria debe ser el resultado de coordinar e integrar prestaciones, servicios y recursos de los sistemas de salud y servicios sociales, entendiendo por ello todos aquellos dispositivos públicos y privados que dependan

de alguna manera de financiación, autorización, supervisión o cualquiera otra tutela encomendada a las administraciones públicas responsables de los servicios sociales y sanitarios que se prestan a la ciudadanía.

Por ello, la garantía de continuidad de atención que las personas deberían recibir como un todo integrado solo será posible cuando la atención social y sanitaria, actuando de manera sinérgica, mediante un conjunto de dispositivos de ambas redes asistenciales, permita a la ciudadanía transitar por ambos sistemas de forma fluida y sin disolución de continuidad.

2.3. La acción social por los Sistemas de Salud y Servicios Sociales.

La acción social desde el Consejo General y los Colegios Profesionales se ha vinculado a la reclamación de los sistemas como universales, públicos y de calidad. Ello se ha plasmado en varios manifiestos, manifestaciones o en la participación en los movimientos ciudadanos de las Mareas Ciudadanas.

Existe la Marea Blanca en defensa del Sistema de Salud y la Marea Naranja en defensa del Sistema de Servicios Sociales. Una de las acciones más significativas en esa línea es la comparecencia el 10 de diciembre de 2014 en el Parlamento Europeo con personas afectadas por los recortes sociales. Se presentaron varios estudios e informes de denuncia de la vulneración de los Derechos Humanos a consecuencia de las medidas de austeridad en los sistemas social y sanitario. De esta iniciativa se puso en marcha la Campaña denominada “De-

rechos Sociales por la Dignidad” (Consejo General 2014-2016).

Una de las cuestiones destacables en esos informes es que existen diferencias entre las comunidades autónomas en la atención tanto social como sanitaria, y que los modelos de coordinación socio sanitaria son diferentes en cada territorio.

Por otro lado, también se constata que el Sistema de Servicios Sociales no posee el mismo nivel de universalización que el sistema Sanitario, por lo que se sitúa en un nivel de fragilidad mayor y esto puede suponer un obstáculo importante de cara a la estrategia planteada. Además tienen formas de acometer el copago de servicios muy diferentes por lo que es importante tener en cuenta las cuestiones de financiación y copago desde el marco de colaboración público-privada.

El decálogo del trabajo social (2014) para una estrategia de coordinación y atención socio sanitaria recoge también la necesidad de establecer las carteras y catálogos de servicios sanitarios y sociales o que se puedan crear en cada sistema asistencial. Mediante la coordinación socio sanitaria, lo que se acuerda es implementar servicios existentes en un sistema con prestaciones del otro sistema, dando un carácter más holístico a la prestación recibida por el usuario, con especial interés en aquellos que facilitan la permanencia de las personas en sus domicilios y el apoyo a las personas cuidadoras. Los servicios y centros que presten atención socio sanitaria corresponderán siempre a alguna de las dos redes asistenciales. Los servicios o unidades que

dentro de ese dispositivo presten atención sociosanitaria tendrán autorización, financiación y evaluación de ambas redes. Los catálogos de centros y servicios de los sistemas de salud y servicios sociales harán constar las prestaciones, servicios, unidades o centros que dispensan atención sociosanitaria. También se indica que no parece conveniente establecer un catálogo específico de centros sociosanitarios. Por la apariencia que ello implica de una red alternativa, a su vez se insiste que la prioridad de los cuidados en el domicilio debe ser real y para ello es necesario un esfuerzo de reorientación de servicios y recursos en esta dirección.

Así mismo el decálogo establece que la financiación de los recursos sociosanitarios es la misma de esos servicios cuando no estaban coordinados y no actuaban conjuntamente. La coordinación va a suponer un plus de eficiencia en los servicios prestados, lo que se podrá traducir en mejoras costo efectivas de los servicios y prestaciones. Con todo, la coordinación sociosanitaria no va a suplir las carencias de dispositivos, servicios, prestaciones y recursos de ambos sistemas. La necesidad de crecer, reorientar y ordenar los servicios y prestaciones de ambas redes es manifiesta, debido a los cambios demográficos y sociológicos de la población. Las dificultades económicas de las Administraciones Públicas en el momento actual no deben incidir en el diseño de una estrategia que se plantea con visión de futuro, aún cuando su despliegue práctico se vaya haciendo a medida de las posibilidades de financiación.

Desde servicios sociales, el sistema de

financiación de la Ley de la dependencia se ha ido modificando a lo largo de su década de existencia, siendo cada vez menor la aportación de la Administración General del Estado en cuanto al copago del mismo. Esto es denominado por algunas investigadoras como confiscatorio y abusivo, además de ser un instrumento recaudatorio individual y restrictivo que no contribuye a la solidaridad y a la redistribución (Codorniu 2016). De esta forma, el copago ha afectado más negativamente a las rentas medias-bajas por el efecto que produce tener en cuenta el patrimonio, ya que las rentas altas cubren el tope con los ingresos y su patrimonio no se ve afectado, llegando a ser abusivo en cuanto que un 50% de las rentas de las personas usuarias pueden tener que ser destinados a este copago y si hablamos de residencias puede llegar a ser un 95%. Es posible que también se dé el caso de personas que tengan que hipotecar su patrimonio para poder copagar e incluso la administración se podría personar como acreedora en un reparto de herencia.

Mientras tanto, en el sistema de sanidad no hay copago. Al plantear servicios integrados sociosanitarios, se podría copagar en el ámbito sanitario, que ahora tiene cobertura universal a través de impuestos. Este es un tema que puede generar un profundo debate, ya que lo que se debería pagar son los gastos de alojamiento y manutención.

El copago puede ser un obstáculo para el cumplimiento del derecho subjetivo, ya que la gente renuncia a la prestación por no asumir el copago y se buscan opciones alternativas que a lo mejor no son las

adecuadas o no tienen la misma calidad.

2.4. Valor añadido desde el ámbito social a la estrategia de un modelo de coordinación y atención sociosanitaria.

El trabajo social tiene un papel histórico de enlace entre los distintos sistemas y ámbitos de intervención donde ejerce, además la coordinación forma parte de su cultura metodológica. Para abordar la coordinación sociosanitaria se requiere una estrategia que recoja el valor de la experiencia acumulada en cuanto a metodologías de intervención centrada en la persona, trabajo en red, atención grupal y comunitaria. Además, para asegurar su mejor funcionamiento no sólo hay que abordar el escenario de la atención sino que la mirada debe ser ampliada a la prevención, la educación para la salud, el contexto social, las redes de apoyo y las condiciones de la vivienda.

La puesta en valor de lo relacional requiere visibilizar el derechos de las personas usuarias a una atención de calidad que procure la autonomía e inserción social desde la continuidad en la atención y el trabajo en red.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que el objeto del trabajo social es la interacción entre individuo y sociedad, por ello al aplicar el enfoque sistémico ecológico y constructivista propio en los servicios sociales (Hernández 2016), es muy factible complementarlo en este caso con teorías y prácticas de ámbitos de intervención concretos como sería el sanitario.

Los trabajadores y trabajadoras sociales

aportan el valor añadido en su intervención de la realización de una valoración y diagnóstico social. Además tiene en cuenta para hacerlos el ámbito de “lo relacional”, el trabajo con las redes sociales desde el contexto social, el conocimiento y la gestión de los recursos necesarios que deben incluirse en el pronóstico social.

Asimismo en el área de la atención individual para esta profesión es importante poner el acento en el cuidado centrado en la persona como punto de partida y eje de la intervención. Esa mirada requiere que se atienda la necesidad de confort y apoyo emocional, el respeto a los valores y preferencias, encargarse de que la información sea clara y se comprenda y fomentar la autonomía a la hora de tomar decisiones, ya que entendemos que la autonomía y la participación de la persona en el proceso de intervención sanitaria y social es un derecho humano y un valor ético central (Gobierno Vasco. Guía Atención integral a personas mayores al final de la vida 2013).

2.5. Apuntes metodológicos. Instrumentos básicos y metodología de trabajo común.

El decálogo del trabajo social (2014) para una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria recoge que los instrumentos básicos que deben garantizar una auténtica coordinación sociosanitaria son fundamentalmente dos: a) Estructura y órganos formados por directivos, gestores y técnicos de ambos sistemas que, trabajando juntos, realizan procesos y procedimientos compartidos y que asumen la responsabilidad de su puesta en funcionamiento y el seguimiento de los mismos. b) Metodolo-

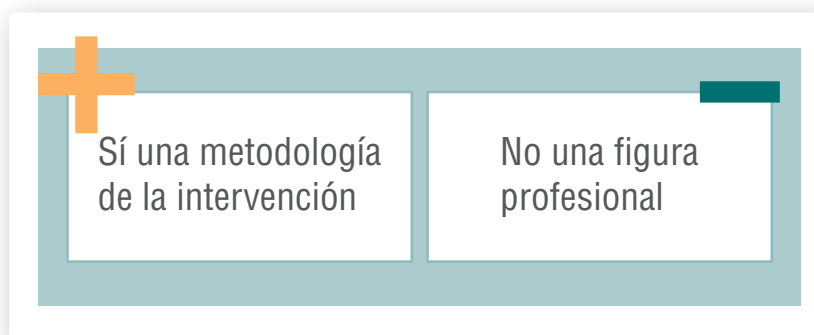
gía de trabajo común basada en la Gestión de Procesos y Gestión Compartida de Casos que establezca herramientas comunes: guías, procesos, procedimientos y protocolos.

Cualquier dispositivo, servicio, prestación

o recurso sociosanitario necesita tener protocolizado todo el proceso de acceso y alta del mismo, dado que van a intervenir dos redes diferentes que deben garantizar de forma unívoca la atención y la continuidad de los cuidados.

Las profesiones “Gestoras del caso”

LA GESTIÓN DEL CASO



Desde el trabajo social se defiende la “gestión del caso” como una metodología y no como una figura profesional. Esta metodología viene siendo utilizada por el trabajo social hace décadas y en los documentos elaborados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la estrategia de coordinación sociosanitaria se ha definido como la más adecuada.

Además propone la necesidad de un sistema de información compartido basado en la interoperabilidad de los sistemas existentes o en la creación de una interface de uso común. Compartir la información es una herramienta fundamental para desburocratizar y rentabilizar las actuaciones individuales de los profesionales. Además, la necesidad de recoger las buenas prácticas

en coordinación sociosanitaria, puestas en marcha en las diferentes comunidades autónomas, deben ser divulgadas y conocidas para que se pueda aprender y hacer posible más fácilmente la implantación de esta estrategia. En todo caso, las prácticas que se divulguen deben estar basadas en esta filosofía de actuación de dos sistemas autónomos, financiación compartida y atención integral.

3. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS.

Para la elaboración de este texto se utilizará el análisis bibliográfico y por otro lado, el resultado de los grupos de expertos a través de la realización de dos seminarios.

Las personas expertas fueron designadas

por los 36 colegios de trabajo social de España y por la Sociedad Científica “Trabajo Social y Salud”, por ello hay una representación de los distintos territorios del Estado Español. Estos profesionales proceden de los sistemas públicos de servicios sociales y salud y analizaron y debatieron distintas propuestas del Gobierno sobre la coordinación y la integración sociosanitaria aportando su análisis, valoración y propuestas. En 2013 se inició el trabajo, realizando un análisis de varios documentos sobre la nueva estrategia de coordinación y atención sociosanitaria que se irán exponiendo por orden cronológico:

1. Informe de atención sociosanitaria del Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013).
2. Modelo de atención y coordinación sociosanitario del IMSERSO (2014).
3. Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) Fruto de este análisis se realizaron algunos documentos:

1. Enmiendas a los documentos planteados que nos facilitó el IMSERSO.
2. Decálogo para una coordinación y atención sociosanitaria.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Uno de los resultados del grupo de trabajo de expertos es que existen cuestiones que podrían ser un obstáculo de cara a la implantación de un nuevo modelo de coor-

dinación y atención sociosanitaria, respecto a los profesionales de la intervención social en ambos sistemas, la metodología de la intervención necesaria y otras que tienen que ver con la heterogeneidad del sistema social y sanitario en cuanto a normativa, organización y copago.

Cuestiones como la carencia de ratios profesionales o la falta de reconocimiento de trabajo social como profesión sanitaria suponen una debilidad para la presencia del trabajo social en la coordinación sociosanitaria. Por ello hay que hacer un importante hincapié en ellas, marcando estándares y ratios profesionales. Además, la falta de reconocimiento del trabajo social como profesión sanitaria genera un gran hándicap de cara al establecimiento de la estrategia sociosanitaria.

4.1. Propuestas de cara a la mejora de la acción profesional.

Las ratios profesionales deben configurarse como una garantía de calidad en la atención. Son fundamentales para poder llevar a cabo las labores de coordinación. Por ello, desde el Consejo General se han elaborado una serie de propuestas en ambos sistemas (Propuestas desde el trabajo social para las elecciones generales del 20D, CGTS 2016):

4.1.1. Ratios profesiones sociales.

En el ámbito de salud la ratio que se recomienda:

- a) 1 trabajador/a social sanitario por equipo de salud.

- b) 1 trabajador/a en centro hospitalario en función de la carga de trabajo de cada servicio hospitalario, con recomendación de 1 por cada 40 camas y 70 en consultas residenciales o de rehabilitación.
- c) 1 trabajador/a social por cada Unidad de Apoyo de los Centros de Salud Mental, en los Servicios de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias y en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

Por otro lado en el ámbito de los servicios sociales la ratio que se recomienda es:

- a) 1 trabajador/a social por cada 3.000 habitantes.
- b) 1 centro de Servicios Sociales por cada 20.000 habitantes (valorando las zonas rurales).
- c) En los Servicios Sociales Especializados sería en función de la carga de trabajo (nº de casos y programas).

Asimismo sería conveniente el reconocimiento por parte del Gobierno del trabajo social como profesión sanitaria.

4.1.2. Metodología de la intervención: Las profesiones “Gestoras del caso”.

Es necesario tratar la gestión del caso como una metodología de la intervención donde no se excluya a los trabajadores/as sociales sanitarios/as. Por ello es fundamental la inclusión del gestor/a del caso en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud desde esa perspectiva.

4.2. Análisis documental y recomendaciones sobre la estrategia sociosanitaria del Gobierno de España.

Los resultados del análisis documental sobre los informes mencionados en la metodología desprenden lo siguiente:

A. Respecto al primer documento, Informe de atención sociosanitaria (2013), del Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es necesario mencionar que en ese documento no hubo participación de ningún agente del ámbito social. No obstante el grupo lo analizó y suscitó serias dudas en torno a cuestiones que se enunciaban pero no quedaban definidas, como la colaboración público-privada, las diferencias de pago entre los dos sistemas o la ambigüedad a la hora de definir el abordaje de la intervención a través de una figura de gestor de casos o comisiones de trabajo. Se valoró que parecía que este documento anteponía los criterios económicos ante la necesidad de atención. Era reduccionista a profesiones sanitarias y no vinculaba la atención a equipos interdisciplinares.

B. Posteriormente desde el IMSERSO se nos invitó a participar en la consulta de un segundo documento denominado “Modelo de atención y coordinación sociosanitario”. Nuestro grupo de personas expertas realizó dos seminarios en 2014 y 2015 para el análisis del mismo. A este documento se presentaron enmiendas y recomendaciones y se elaboró un decálogo que recogía las recomendaciones desde el trabajo social al modelo. Los diez puntos clave recogidos se referían a: 1) Atención sanitaria, 2) La

garantía de continuidad de la atención, 3) La financiación, 4) El perfil de las personas con necesidades sociosanitarias, 5) Las carteras y catálogos, 6) Los requisitos básicos comunes, 7) Instrumentos básicos: Estructura y metodologías del trabajo, 8) Un sistema de información compartido, 9) Las buenas prácticas y 10) No reducir la estrategia a las grandes empresas del sector .

En este decálogo se insiste en que no sería adecuado crear un subsistema sociosanitario. Se apuesta por las comisiones de trabajo entre ambos sistemas frente a la figura del gestor del caso. Se recomienda que haya interoperabilidad entre sistemas de información y gestión. Se pone énfasis en la necesidad de refuerzo de los sistemas para que funcione ya que la coordinación puede mejorar la eficacia pero no supe carencias actuales. También recuerda la importancia de los cuidados en domicilio y con ello la necesidad de trabajar el contexto, lo comunitario y lo grupal, la prevención y la participación.

El procedimiento marca que el documento deberá ser revisado otra vez por las Comunidades Autónomas para después crear un marco común desde los Consejos territoriales de Sanidad y Servicios Sociales y elaborar los catálogos y carteras de servicios en ambos sistemas. Todo ello conllevaría cambios en las distintas normativas de esos ámbitos de intervención.

C. Subsiguientemente, en verano de 2015 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sometió a consulta a cinco Consejos de profesionales implicados en la coordinación sociosanitaria. Se trata de un

documento denominado Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria. Con motivo de su análisis se elaboró un informe de enmiendas que fue presentado al Ministerio en plazo y forma solicitados. En las consideraciones que se realizaron se enfatizaba en la importancia del título del documento en el que se suprime la palabra coordinación, ya que se consideró que esta supresión podría provocar que se diluyan responsabilidades en cuanto a la atención que deben prestar los dos sistemas y los compromisos que deben adquirir cada uno. Por otro lado, deducíamos que era más necesario que nunca buscar un “Pacto Sociosanitario” a través de un acuerdo de los Consejos Interterritoriales, el de Sanidad y el de Servicios Sociales.

También observamos que los recursos que se indicaban estaban muy escorados a perfiles de personas mayores de 65 años y se consideró necesario recordar la necesidad de poner en valor la figura de los trabajadores/as sociales de ambos sistemas de cara a ser los profesionales de referencia de la coordinación sociosanitaria entre sistemas e insistir en que en las historias clínicas están incluidas las historias sociales de los Trabajadores Sociales de salud, que no son un conjunto de datos sociales solamente y que pueden ser un buen instrumento a utilizar, poniendo de ejemplo de buena práctica los instrumentos de valoración de riesgo social que existen dentro de las historias sanitarias electrónicas de la Comunidad Valenciana.

5. CONCLUSIONES.

1. Los cambios demográficos, sociales y sanitarios de las últimas décadas plantean retos como la atención a la cronicidad y a la situación de dependencia de muchas personas que van a necesitar un estrategia de coordinación y atención sociosanitaria.

2. El trabajo social tiene presencia en los sistemas de servicios sociales y salud, puede aportar un valor significativo a la concepción biopsicosocial de la salud, tanto por su área de conocimiento como por la experiencia acumulada de más de 30 años en ambos sistemas.

3. El objeto del trabajo social ensalza el valor de lo relacional en la atención individual, grupal y comunitaria, por lo que aporta un valor añadido en la metodología de gestión de caso y el cuidado centrado en la persona.

4. La conceptualización de la coordinación y la atención sociosanitaria es diferente, sin embargo existe una gran confusión con esos dos términos utilizándose de manera indiscriminada en muchos textos y documentos.

5. La coordinación no supone crear un subsistema nuevo de atención, sino crear condiciones y recursos que permitan una buena planificación y organización de los sistemas sociales y sanitarios para que actúen de manera coordinada y complementaria con los casos en que se requiera una intervención desde ambos.

6. La atención sociosanitaria puede suponer además que desde un sólo recurso sea tanto social como sanitario se le proporcione a una persona una prestación integral social y sanitaria.

7. Las ratios de profesionales sociales recomendadas para cada sistema, así como el reconocimiento del trabajo social como profesión sanitaria son fundamentales para el éxito de la estrategia de coordinación y atención sociosanitaria.

8. La estrategia sociosanitaria planteada por el gobierno plantea dudas sobre la colaboración público-privada, las diferencias en el copago y la articulación entre coordinación o atención de los dos sistemas. Además, la manera en que se va a abordar la intervención no aclara si se hará desde una figura profesional o desde una comisión de trabajo.

9. El decálogo del trabajo social para una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria recoge las recomendaciones sobre la atención, la garantía de continuidad, la financiación, el perfil de las personas con necesidades sociosanitarias, las carteras y catálogos, los requisitos básicos comunes, los instrumentos básicos, el sistema de información compartido, las buenas prácticas y la participación de empresas del sector.

10. Desde el trabajo social se apuesta por el refuerzo de los sistemas públicos y por las comisiones de trabajo, recordando que es importante incorporar al discurso la atención domiciliaria, la atención a personas menores de 65 años, la importancia de

la prevención y la participación y la interoperabilidad entre los sistemas social y sanitario en cuanto a la información y la gestión.

11. Se plantea la necesidad de tener en cuenta las historias sociales como un instrumento y no sólo como un conjunto de datos sociales a incluir en la historia sanitaria. Se recomienda la buena práctica de la Comunidad Valenciana.

12. Se plantea la necesidad de abordar un Pacto Sociosanitario desde los Consejos Interterritoriales de Sanidad y Servicios Sociales que aporte el equilibrio necesario entre ambos para llevar a cabo la estrategia sociosanitaria planteada por el Gobierno garantizando una auténtica política de Estado.

6. BIBLIOGRAFÍA.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:
 - Informe de atención sociosanitaria (2013).
 - Modelo de atención y coordinación sociosanitaria (2014).
 - Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria (2015).
- Consejo General del Trabajo Social y Asociación de Trabajo Social y Salud:
 - Corto Documental “Derechos Sociales por la Dignidad”.
- <https://www.youtube.com/watch?v=a9poEy8RuQE>
 - Decálogo para una coordinación y atención sociosanitaria (2014).

[http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Decalogo%20FINAL\(1\).pdf](http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Decalogo%20FINAL(1).pdf)

- Codorniu, M. (2016) Efectos perversos del copago en la financiación de la dependencia 16/07/16 Agenda Pública.

<http://agendapublica.es/efectos-perversos-del-copago-en-las-prestaciones-de-dependencia/>
- Gobierno Vasco “Atención integral a las personas mayores al final de la vida. Guía de recomendaciones éticas” (2013).
- Hernández, J. (2016), El trabajo social una ciencia: múltiples ámbitos de aplicación en el libro de actas del 6 Congreso trabajo social hoy del Colegio Oficial de trabajo Social de Madrid (16-17 marzo 2016).
- Información estadística del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de octubre de 2016. IMSERSO.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003.
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid.