

# ACTAS

## de coordinación

# SOCIOSANITARIA

### COLABORAN

Ester Sarquella Casellas, Joan Carles Contel Segura, Pere Català Navarro, Miguel Montero Lange, Manuel López Morales, Francisco Cegri Lombardo, Gabriel Moragues Sbert, Francisco Miguel Albertí Homar, Estefanía Serratusell Sabater, Angélica Miguélez Chamorro, Juli Fuster Culebras, Atanasio García Pineda, M. Eugenia Carandell Jäger, Mercè Llagostera Pagès, Carlos Serrano Jurado, Patricia Gómez Picard, Manuel Palomino Chacón, M. Lucía Moreno Sancho, Rosa Elena Duro Robles, Carlos Villafáfila Gomila, Francisco A. Cárceles Guardia, Joe Killen, Rafael Llarena Gómez, Arantza Rodríguez Juano

CALIDAD ASISTENCIAL

CALIDAD DE VIDA

OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

Depósito Legal: M-9549-2011  
ISSN: 2529-8240

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

Queridos lectores:

Este mismo mes de julio de 2017, el Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS) de New Health Foundation en el que colabora la Fundación Caser acaba de publicar el Informe OMIS 2016 de Experiencias de Atención Integrada en España. En total sintonía con lo que nuestra revista Actas de Coordinación Sociosanitaria ha venido constatando, el Informe confirma que la atención integrada en España no es un concepto abstracto o carente de un contenido preciso, sino que “los elementos fundamentales en los que se despliega la atención integrada son ya bien conocidos, se pueden observar y medir”.

Precisamente, este número de julio de 2017 de Actas comienza con un artículo de Ester Sarquella, Joan Carles Contel y Pere Català donde se presenta el marco evaluativo de atención social y sanitaria integrada de Cataluña, promovido por el Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS). La propuesta es especialmente interesante dada la escasez de trabajos de referencia, nacionales e internacionales, de evaluación de la atención integrada. El artículo nos regala el marco evaluador compartido entre servicios sociales y de salud, sus indicadores y los atributos para valorarlos y priorizarlos, pero quizá más importante, una reflexión sobre “el proceso por el que se desarrolló este proyecto, constituyendo una inversión muy rentable en cuanto a la generación de una cultura compartida entre actores de disciplinas, niveles y sectores habitualmente muy alejados”.

Sigue un artículo del profesor Miguel Montero comparando las recientes dinámicas de reforma de la función de los ayuntamientos en la gestión y prestación de los servicios de cuidados de larga duración en Alemania y España. El artículo es un claro ejemplo de cómo la complejidad de la coordinación sociosanitaria nos empuja a reflexionar desde múltiples sectores y disciplinas y sobre un amplio elenco de temas: en este caso, una contribución desde la ciencia de la administración sobre el rol de las corporaciones locales. Según el autor, mientras que en Alemania se ha producido una tímida remunicipalización de las competencias sobre el acuerdo de un marco común con parámetros unitarios que eviten diferencias territoriales en la oferta, acceso y calidad de los servicios sociales ofertados, en España la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local (LRSAL) ha recortado competencias municipales, afectando al ámbito de los servicios sociales.

Uno de los temas clave para la correcta prestación de una atención integrada refiere a los perfiles profesionales que deben concurrir y desde que competencias, actitudes y valores lo deben hacer. En este número, la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) pone en valor al profesional de enfermería especialista en salud familiar y comunitaria en la prestación de cuidados sociosanitarios avanzados a personas con enfermedades crónicas. Esta figura vendría a ser la equivalencia en España a lo que en otros contextos sería el/la enfermero/a de práctica avanzada: profesional de alta cualificación, competente en destrezas clínicas especializadas, con autonomía y liderazgo, etc.

Desde el ámbito regional, la comunidad autónoma de las Islas Baleares nos presenta las líneas de trabajo puestas en marcha desde el Servicio de Salud para la atención a las personas con problemas de salud crónicos. El horizonte es rediseñar el modelo de atención sanitario desde la universalidad y la sostenibilidad, sobre el eje del nivel primario de atención y la coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.

Este número de julio se acompaña además de dos experiencias muy interesantes. El artículo de Joe Killen y Rafael Llarena, de VictrixSocSan, explora la evolución del servicio de teleasistencia desde un modelo reactivo a un modelo cada vez más proactivo y preventivo, que no se limita únicamente a esperar la llamada de la persona usuaria sino que asegura el máximo nivel de independencia a la persona usuaria en su domicilio. Pero además, un sistema de teleasistencia proactiva puede proporcionar una enorme cantidad de información valiosa que, analizada apropiadamente junto con datos sanitarios y sociales, permitiría identificar riesgos en determinadas poblaciones.

Por su parte, Arantza Rodríguez, describe el proceso de relación y de coordinación entre los servicios de atención primaria social y sanitaria del municipio de Vilanova i la Geltrú. Destaca sobre todo la idea de que la coordinación y la atención integrada no es algo opcional, sino que se impone como exigencia inexorable: “no hay otro camino posible y las consecuencias de no hacerlo son nefastas”.

Finalizamos el número con una sección de Actualidad más extensa de lo habitual. Esto se debe tanto a la prolífica actividad de la Fundación Caser, como a la referencia a congresos recientes, a la agenda política o a la publicación del Informe OMIS 2016.

Espero que disfruten de la lectura de este número de Actas de Coordinación Sociosanitaria.

Emilio Herrera Molina

#### CONSEJO DE REDACCIÓN

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

#### DIRECCIÓN DE LA REVISTA

Emilio Herrera Molina

#### SECRETARÍA DE LA REVISTA

Ana Artacho Larrauri

## /07 APRENDIENDO JUNTOS: HACIA LA DEFINICIÓN DE UN MARCO DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA INTEGRADA EN CATALUÑA.

**ESTER SARQUELLA CASELLAS**

**JOAN CARLES CONTEL SEGURA**

Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PAISS), Generalitat de Catalunya. Líder de proyecto en Fórum ITESSS, ESADECREAPOLIS.

**PERE CATALÀ NAVARRO**

Project Manager de Innovación, Responsable de Innovación en Salud y Project Manager de Forum ITESSS, ESADECREAPOLIS.

## /25 EL DEBATE SOBRE EL PAPEL DE LOS MUNICIPIOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES. EL EJEMPLO DE ALEMANIA Y ESPAÑA.

**MIGUEL MONTERO LANGE**

Sociólogo.

## /55 PAPEL DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

**MANUEL LÓPEZ MORALES**

Profesor Asociado Universidad de Granada. Adjunct Professor University of Ottawa.

Vocal de la Junta directiva de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).

**FRANCISCO CEGRI LOMBARDO**

Enfermero. CAP Sant Martí. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona

Vicepresidente de FAECAP.

## /67 ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES.

**GABRIEL MORAGUES SBERT<sup>1</sup>; FRANCISCO MIGUEL ALBERTÍ HOMAR<sup>2</sup>; ESTEFANÍA SERRATUSELL SABATER<sup>3</sup>; ANGÉLICA MIGUÉLEZ CHAMORRO<sup>4</sup>; JULI FUSTER CULEBRAS<sup>5</sup>; ATANASIO GARCÍA PINEDA<sup>6</sup>; M. EUGENIA CARANDELL JÄGER<sup>7</sup>; MERCÈ LLAGOSTERA PAGÈS<sup>8</sup>; CARLOS SERRANO JURADO<sup>9</sup>; PATRICIA GÓMEZ PICARD<sup>10</sup>; MANUEL PALOMINO CHACÓN<sup>11</sup>; M. LUCÍA MORENO SANCHO<sup>12</sup>; ROSA ELENA DURO ROBLES<sup>13</sup>; CARLOS VILLAFÁFILA GOMILA<sup>14</sup>; FRANCISCO A. CÁRCELES GUARDIA<sup>15</sup>**

<sup>1</sup> Médico de familia del Centro Coordinador de Atención a la Cronicidad del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>2</sup> Coordinador de atención a la cronicidad y sociosanitario del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>3</sup> Enfermera y Economista del Centro Coordinador de Atención a la Cronicidad del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>4</sup> Subdirectora de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades poco frecuentes. <sup>5</sup> Director General del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>6</sup> Director Asistencial del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>7</sup> Jefe de gabinete técnico del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>8</sup> Coordinadora Autónoma de la Estrategia de Cuidados Paliativos en las Islas Baleares. <sup>9</sup> Enfermero del Centro Coordinador de Cuidados Paliativos. <sup>10</sup> Consellera de Salud y Consumo del Gobierno de las Islas Baleares. <sup>11</sup> Secretario General. Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>12</sup> Coordinadora del programa Paciente Activo del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>13</sup> Subdirector de Atención Primaria y Urgencias extrahospitalarias del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>14</sup> Subdirector de cuidados y atención al usuario del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>15</sup> Subdirector de hospitales del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

## **/85** TELEASISTENCIA PROACTIVA EN EL ESPACIO SOCIOSANITARIO.

**JOE KILLEN**

Director General de Victrix SocSan.

**RAFAEL LLARENA GÓMEZ**

Director del Área Internacional de Victrix SocSan.

## **/95** LA ATENCIÓN INTEGRADA DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROCESO DE RELACIÓN: LA EXPERIENCIA DE VILANOVA I LA GELTRÚ.

**ARANTZA RODRÍGUEZ JUANO**

Trabajadora Social. Coordinadora de proyectos y trabajo en red de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Vilanova i la Geltrú.

## **/111** ACTUALIDAD.

# APRENDIENDO JUNTOS: HACIA LA DEFINICIÓN DE UN MARCO DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA INTEGRADA EN CATALUÑA.

**ESTER SARQUELLA CASELLAS**  
**JOAN CARLES CONTEL SEGURA**

Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS),  
Generalitat de Cataluña. Líder de proyecto en Fórum ITESSS, ESADECREAPOLIS.

**PERE CATALÀ NAVARRO**

Project Manager de Innovación, Responsable de Innovación en Salud y Pro-  
ject Manager de Forum ITESSS, ESADECREAPOLIS.

## SUMARIO

1. JUSTIFICACIÓN.

2. DESCRIPCIÓN DE LA INICIATIVA.

3. UNA PROPUESTA DE MARCO EVALUATIVO.

4. PROPUESTA DE INDICADORES.

5. DISCUSIÓN.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

## PALABRAS CLAVE

*Atención Integrada; Evaluación; Triple Meta; Consenso.*

## RESUMEN

La evaluación de la atención integrada, tanto en lo que se refiere al grado o proceso de implementación como a los resultados de dicha integración, es un reto en que muchos países y regiones están tratando de avanzar. En Cataluña, desde el PIAISS y en colaboración de Forum ITSSS, se promovió una iniciativa para empezar a avanzar en el desarrollo de una propuesta de marco evaluativo de la atención social y sanitaria integrada. En este artículo se presenta dicha iniciativa, así como los condicionantes, limitaciones y aprendizajes que se derivaron de la misma. Más allá de la propuesta inicial de definición de un marco de evaluación, resulta altamente valioso el proceso por el que se desarrolló este proyecto constituyendo una inversión muy rentable en cuanto a la generación de una cultura compartida entre actores de disciplinas, niveles y sectores habitualmente muy alejados.

## KEYWORDS

Integrated Care; Evaluation; Triple Goal; Consensus.

## ABSTRACT

*Evaluation of integrated care; both in terms of the degree or process of implementation and the results of such integration; this is a challenge in which many countries and regions are trying to move forward. In Catalonia, the PIAISS, in collaboration with Forum ITSSS; proposed an initiative to begin advancing in forming a proposal for an evaluative framework of integrated social and health care. This article presents this initiative, as well as the constraints, limitations and learning derived from it. Beyond the initial proposal to define an evaluation framework, the process by which this project was developed constitutes a very profitable investment in terms of generating a culture that is shared between actors from disciplines, levels and sectors that are usually far removed.*

## 1. JUSTIFICACIÓN.

Cataluña se enfrenta en la actualidad, al igual que otros países del mundo, a algunos retos de carácter demográfico y social que están poniendo, y pondrán todavía más, en tensión el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales.

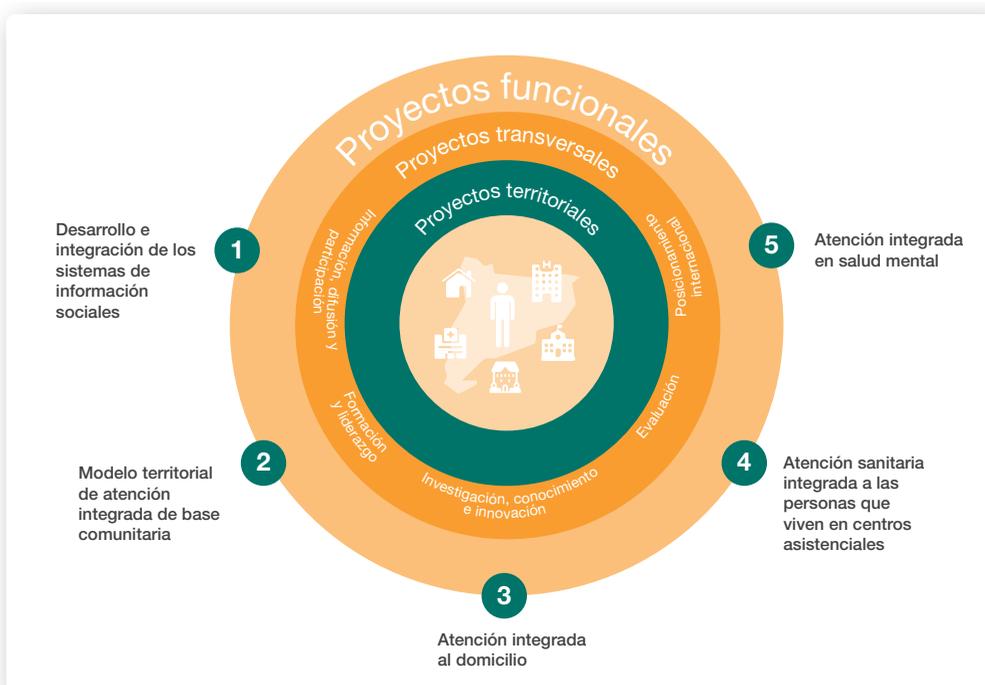
El cambio en la configuración de las redes de apoyo y los escenarios de convivencia, el aumento del envejecimiento, en la que se prevee que un tercio de la población será mayor de 65 años y más de un 12% será mayor de 80 años, y sus condiciones asociadas como la cronicidad, el crecimiento de situaciones de dependencia o discapacidad o la fragilidad, en combinación con un entorno económico y social complejo que incrementa el grado de vulnerabilidad social de las personas, supone un enorme

reto al que deben hacer frente las organizaciones sanitarias y de servicios sociales.

Para seguir proveyendo unos servicios sanitarios y de protección social de calidad, seguros y eficaces, se está planteando, como uno de los mayores retos para los sistemas de salud y servicios sociales en muchos países del mundo, la necesidad de reducir la fragmentación actual entre los distintos niveles, sectores y ámbitos de intervención.

En Cataluña, para poder impulsar esta agenda de atención integrada y por lo tanto la integración de servicios sociales y de salud desde el punto de vista de los ciudadanos, el Gobierno catalán puso en marcha en 2013 el PIAISS, Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social i Sanitaria. (Generalitat de Catalunya, 2014).

**Figura 1. Proyectos operativos 2017-2020 del Plan de Atención Integrada en Cataluña.**



El Plan ha planteado una agenda de transformación que, inspirada en los modelos de triple meta (Berwick, 2008, 27), permita avanzar en el desarrollo de un modelo que debe ser capaz de conseguir mejores resultados en salud y bienestar y calidad de vida, contribuir a una mejor experiencia de la atención de las personas y garantizar un uso óptimo de los recursos disponibles identificando como uno de los proyectos transversales la evaluación.

Este planteamiento centrado en las necesidades de la persona que debe considerarse desde una visión de sistema, viene avalado por la evidencia y el consenso internacional. Éstos permiten afirmar que el éxito en la lucha contra las desigualdades en salud y en condición social pasa por la capacidad de los países de implementar políticas de atención integrada entre los servicios de salud y los servicios sociales, tanto desde un enfoque poblacional como desde la óptica de su implantación territorial. Al mismo tiempo, este modelo de abordaje aporta, tal vez, mayores garantías de sostenibilidad (Nolte, 2014) futura a los sistemas de bienestar social.

A pesar de disponer en la actualidad de un amplio consenso en cuanto a cuáles son o pueden ser los elementos clave para promover dicha integración de servicios, tanto desde el punto de vista de la salud (WHO, 2015) como desde el punto de vista de la atención social (OECD, 2015) (Lara Montero, Van Duijin, Zonneveld, Minkman, & Nies, 2016), existen todavía pocos trabajos de referencia en lo que se refiere a la evaluación de la atención integrada, y en concreto a la evaluación de su progreso y éxito de

implementación. En particular, es especialmente incipiente la disposición de trabajos que consideren la atención integrada desde una perspectiva amplia en lo que se refiere a los sectores implicados: servicios sociales, salud y otros sectores de atención a las personas.

En este contexto, y puesto que el PIAISS se orientó desde su puesta en marcha hacia una estrategia inclusiva en lo que se refiere a los sectores implicados (sociales y sanitarios), era especialmente relevante avanzar en la disposición de un marco evaluativo compartido entre estos sectores.

Avanzar en la disposición de marcos de evaluación compartidos entre los servicios sociales y de salud en cuanto al proceso y resultados de la implementación de la atención integrada es una tarea compleja por diferentes razones. En primer lugar, no existe una clara diferenciación entre la integración de servicios como proceso y la calidad de la prestación como resultado de dicha integración de servicios, lo que puede, en muchos momentos, llevar a la confusión. En segundo lugar, las intervenciones que se pretenden evaluar son complejas en sí mismas; complejas de entender, con muchos actores implicados y con perspectivas conceptuales y operativas muy distintas, por lo que es muy complicado establecer relaciones de causalidad de un modo razonablemente fundamentado. En tercer lugar, factores como “el tiempo” deben ser considerados para poder medir el impacto. Podemos disponer de marcos de evaluación que permitan conocer el grado o proceso de integración de servicios que se produce en un territorio, pero para poder

atribuir efectos en los resultados en salud, bienestar y calidad de vida de las personas atendidas por servicios integrados se requiere considerar el tiempo de implementación como factor. Por último, la disposición de datos no es homogénea en los distintos ámbitos de atención o sectores y eso también puede influir en la capacidad de diseñar modelos de evaluación más o menos complejos.

Para poder avanzar en la disposición de un marco de evaluación compartida de la implementación de experiencias territoriales de atención integrada entre los servicios sociales y los de salud, se promovió en Cataluña un partenariado entre el PIAISS y Fórum ITSSS<sup>1</sup>. Siendo Fórum ITSSS un espacio de encuentro neutral para los distintos actores de los sistemas sanitarios y sociales, constituido con la misión de desarrollar marcos conceptuales y operativos útiles para crear modelos de atención integrada e integral, se definió como una de sus líneas de trabajo el desarrollo del citado marco de evaluación compartida en atención integrada.

## 2. DESCRIPCIÓN DE LA INICIATIVA.

Cuando se habla de implementar atención integrada a nivel territorial sabemos que existen diferentes palancas que efectivamente transforman el modelo de provisión y atención: sistemas de información, modelos de compra, formación de profesionales, liderazgo, gobernanza compartida... pero, hasta el momento, no se han dedicado suficientes esfuerzos a la superación de marcos evaluativos separados para cada

uno de los ámbitos de atención. Es en este sentido que entendemos que deben desarrollarse marcos evaluativos que incorporen progresivamente indicadores que actúen como “integradores” y también identificar, y en su caso suprimir, objetivos o indicadores que muchas veces actúan como barreras para la integración en la atención.

Con la finalidad de empezar esta discusión en cuanto a la disposición de marcos evaluadores que activen e impulsen una visión compartida y un trabajo colaborativo entre organizaciones y profesionales de distintos ámbitos asistenciales, se desarrolló en Fórum ITSSS una propuesta inicial, que debe entenderse como un producto vivo y todavía en desarrollo, sobre cómo podría evaluarse la atención integrada de base territorial.

A nivel metodológico, el trabajo contempló una primera fase de revisión bibliográfica y de exploración de experiencias nacionales e internacionales en la que participó un grupo de expertos multidisciplinares para conocer y compartir el estado del arte en la materia y, por lo tanto, poder aprovechar todo aquel conocimiento útil ya existente tanto en el contexto local como global. Posteriormente se realizó una segunda fase de consulta, deliberación y creación de la propuesta con el mismo grupo de expertos.

Tras ello, se inició un proceso de consulta, deliberación y creación de la propuesta, basada en el consenso y con una amplia participación de agentes relevantes en el ámbito, creando un grupo de trabajo multidisciplinar

<sup>1</sup> Fórum ITSSS es un proyecto impulsado por el centro de innovación ESADECREAPOLIS y la asociación de profesionales GESAPH y promovido por la Generalitat de Catalunya a través del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS).

de expertos de 20 personas. El grupo de trabajo se constituyó como un equipo heterogéneo con expertos provenientes tanto del sector sanitario como del sector social, así como expertos de otros sectores de los que se pretendía captar conocimientos y experiencias replicables.

En relación a la primera fase, y una vez analizada y tratada toda la información de esta fase de búsqueda de referentes, con el grupo de expertos se identificaron y consensuaron algunos aspectos clave que todo el grupo consideraba relevantes:

- El modelo debe ser de carácter poblacional y territorial, con diferentes niveles de desagregación y granularidad;
- Es necesario realizar una identificación y priorización de objetivos para los que vamos a definir el marco evaluativo del modelo de atención integrada;
- Se requiere realizar una identificación y priorización de las dimensiones clave en el marco evaluativo;
- Debe existir un equilibrio estable entre las diferentes dimensiones del modelo con un número mínimo de indicadores en cada una de ellas. Algunas áreas, como la de experiencia de atención, han sido poco visibles y se les ha dado poca relevancia hasta ahora;
- Es necesario realizar una priorización de características o atributos a valorar en la selección y priorización de indicadores;
- Deberían reforzarse proactivamente

áreas deficitarias como, por ejemplo, el área de “experiencia de la persona”. Las experiencias actuales en este sentido, tanto en nuestro entorno como en el entorno internacional, permiten empezar a disponer de métricas robustas y testadas que faciliten su uso;

- Cada sector o ámbito de atención puede mantener objetivos específicos y atribuibles a su área competencial. No todo debe estar en el mismo marco evaluativo de atención integrada;
- La no disposición de información, o la disposición de la información necesaria en tiempo y forma no adecuados puede ser una limitación clave para la efectiva utilización de un marco de evaluación. Pero a su vez es un estímulo para construir estas métricas a corto y medio plazo.

**Figura 2. Imagen de algunos de los miembros del grupo de expertos del proyecto de definición de marco evaluativo compartido. Forum ITESSS.**



A lo largo del año 2015 se realizaron 6 sesiones de trabajo, suponiendo 18 horas de actividad de los miembros participantes en las cuales se trabajaron los siguientes contenidos con distintas metodologías de consenso:

- Adopción de una propuesta de definición de atención integrada;
- Consenso en torno los objetivos de un modelo de atención integrada (ver figura 1);
- Conversión de los objetivos en resultados esperados (ver figura 2);
- Definición de las dimensiones que debe considerar un marco evaluativo considerando 3 ejes de análisis: nivel, ámbito e impacto;

- Selección de unos atributos que nos indiquen cómo debemos priorizar los indicadores del nuevo modelo de evaluación;
- Definición de los indicadores que potencialmente podrían utilizarse para evaluar modelos de atención integrada.

Por último, y con una propuesta razonablemente consensuada entre los actores, se abrió un debate más amplio con otros agentes del sistema para recibir aportaciones a la propuesta.

Aunque la propuesta de marco evaluativo no se consideró específica o únicamente aplicable para la estrategia de atención integrada en Cataluña, el contexto donde se desarrolló la misma ha condicionado y facilitado al mismo tiempo su elaboración.

### 3. UNA PROPUESTA DE MARCO EVALUATIVO.

La propuesta que se desarrolló es una propuesta inicial de indicadores para la evaluación de la atención integrada desde una base poblacional y territorial.

Después de adoptar un razonable acuerdo en cuanto a la definición de atención integrada y el alcance de la misma definición, un primer elemento sobre el que el grupo de expertos debió discutir fue si el marco evaluativo de la atención integrada debía considerar solo elementos que permitieran conocer el grado o progreso de la implementación o si debía también considerar la evaluación de los resultados esperados de la implementación de dichos modelos decidiendo no renunciar a ninguno de los dos enfoques para este primer trabajo.

Un segundo elemento de discusión fue la factibilidad en distintos contextos de la propuesta de evaluación. En este sentido, se reconoció, tal y como ha quedado recogido en el último informe de la OCDE, la “necesidad, o incluso la oportunidad, de desarrollar indicadores específicos para la atención integrada, aunque ya se pueden utilizar varios indicadores existentes para medir el desempeño de la atención integrada” (European Commission. Expert Group on Health Systems Performance Assessment, 2017). Por lo tanto, se intentó, en la medida de lo posible, incluir indicadores que fueran razonablemente factibles de considerar.

En lo que se refiere a la factibilidad del marco evaluativo, también se consideró adecuado formular, en términos no muy específicos, la definición de los indicadores

para que el modelo pudiera ser adaptado a las condiciones locales. Así pues, tiende a recomendar con carácter general indicadores a los que atribuir un valor “integrador”.

De nuevo, se debe destacar que el grupo consideró la propuesta como un punto de partida, un documento abierto y vivo sobre el que introducir y mejorar formulaciones atendiendo a la evolución de los propios modelos de atención integrada y de la disposición de datos e indicadores para la evaluación de los mismos. Hay indicadores de difícil cálculo ahora, que pueden ser factibles dentro de un corto o medio plazo, atendiendo a la recogida de información estructurada de variables necesarias para su cálculo.

Los indicadores incluidos en la propuesta se distribuyeron en un modelo de evaluación estructurado en 3 ejes de análisis (ver figura 1):

- Un eje para las cuatro dimensiones que el grupo consideró nucleares;
- Un eje para referenciar los niveles de análisis en cuanto a la desagregación potencial en el ámbito territorial;
- Un eje temporal o de madurez evolutiva, relacionado con el proceso de implementación de un proyecto.

**Figura 3. Ejes de análisis de los indicadores incluidos en la propuesta de evaluación.**



En cuanto a los atributos para valorar y priorizar los indicadores se acordaron los siguientes: Factibilidad; Impacto y Utilidad; Pertinencia y Sentido Común; Robustez; Transversalidad. Estos atributos, y la combinación de ellos, debe ser un elemento crítico en la selección de un núcleo o conjunto mínimo de indicadores en un territorio donde se esté implementando un modelo de atención integrada. La ponderación interna territorial que se realice de los distintos atributos también facilitará el proceso de priorización y selección de indicadores.

Por último, el grupo asumió algunas premisas previas que debían ser tomadas en consideración y se establece imprescindible para los indicadores:

- Que aporten valor en el proceso de atención. Es decir, que sean significativos en cuanto al avance en la implementación del modelo por lo que se refiere al impacto en las personas atendidas;
- Que no conduzcan a una interpretación ambigua y por lo tanto que exista consenso en cuanto a “su bondad” en la evaluación de los efectos de la atención integrada.;
- Que se consideren indicadores que respondan a requisitos temporales distintos. En algunos indicadores se requiere un tiempo suficiente para que se produzca un cambio de tendencia y por lo tanto, parece más fácil impactar a corto y medio plazo en algunos indicadores de proceso y menos en algunos resultados esperados;

- Que la evaluación tenga carácter poblacional, pero que al mismo tiempo aporte valor desde una perspectiva segmentada a diferentes grupos poblacionales especialmente significativos;
- Que la evaluación aporte valor a los distintos grupos de interés: persona usuaria, familia, profesionales, gestores o planificadores, entre otros;
- Que pueda considerar elementos de calidad y adecuación de la prestación de los servicios, así como de la coordinación entre éstos;
- Que los indicadores sean medibles, preferiblemente, a través de datos estructurados ya disponibles.

Se comparten a continuación los indicadores que el grupo recomendó incluir tras el proceso de trabajo y consenso. Según las dimensiones sobre las que parecen estar más relacionados (atención centrada en la persona, eficiencia y uso de recursos, efectividad y seguridad, y acceso y equidad) y su condición temporal (estructura, proceso o resultado).

Aun así, el grupo de expertos reconoció que, para poder evaluar el proceso e impacto de la implementación de la atención integrada a nivel territorial, se debían considerar unos indicadores de carácter general que hemos denominado indicadores basales y que permiten caracterizar a la población.

### Indicadores de Análisis Basal

**Población por género y grupos de edad.**

**Porcentaje de población mayor de 65 años.**

**Densidad de población.**

**Índice de envejecimiento.**

**Índice de sobre-envejecimiento.**

**Proporción de población extranjera.**

**PIB por habitante.**

**Prevalencia de Pacientes Crónicos Complejos identificados.**

**Prevalencia de Pacientes MACA identificados.**

**Prevalencia de Personas con necesidades de atención social complejas identificadas (PNASC).**

**Prevalencia de población con alguna discapacidad reconocida (general, por edad, según grado).**

**Prevalencia de población con reconocimiento de dependencia.**

**Cobertura de población con PIA de dependencia activo (personas beneficiarias de la ley de dependencia).**

**Nivel de instrucción de la población a partir de 16 años por sexo y grupos de edad (grado de alfabetización).**

**Indicadores territoriales de riesgo de pobreza y exclusión social.**

#### **4. PROPUESTA DE INDICADORES.**

##### **DIMENSIÓN: ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.**

Garantizar una atención centrada en la persona basada en decisiones compartidas que confieran una mayor responsabilidad y empoderamiento a las personas.

##### **ESTRUCTURA**

**Existencia de sistemas, mecanismos, procedimientos de identificación de PCC, MACA y PNASC.**

**Disposición de tiempo para las prácticas colaborativas entre profesionales.**

**Disponibilidad de órganos, comisiones o entornos de discusión y participación de profesionales.**

**Disponibilidad de herramientas de apoyo en decisión compartida.**

**Existencia de modelo de estratificación sanitaria y social poblacional.**

**Existencia de planes de formación o actividades formativas para profesionales.**

**Disposición de herramientas de valoración multidimensional / integral y de planificación de la atención consensuadas.**

**Disposición de sistemas, protocolos o mecanismos de identificación de las personas que ejercen el rol de cuidadoras y su riesgo de claudicación.**

**Existencia de actividades y grupos que promuevan el autocuidado y los hábitos saludables para la salud y bienestar**

**Existencia de programas específicos para la atención al final de la vida, incluyendo la planificación de decisiones anticipadas.**

## PROCESO

Proporción de personas en situación de complejidad que disponen de una valoración integral.

Proporción de personas en situación de complejidad que disponen de un Plan de atención compartido.

Adherencia al programa: proporción de personas en situación de complejidad o cuidadores que participan de la elaboración del plan de atención y se hacen corresponsables del mismo.

Proporción de personas en situación de complejidad que tienen un profesional de referencia asignado.

Proporción de personas en situación de complejidad que se benefician de la metodología de gestión del caso.

Proporción de personas cuidadoras en riesgo de claudicación.

Número de personas que participan en actividades o grupos de promoción de la salud, auto cura y auto responsabilización de la salud y el bienestar.

Número de horas de formación compartida entre profesionales de sectores, ámbitos y niveles distintos.

Número de horas anuales dedicadas a la participación en órganos, comisiones o entornos de discusión y participación entre profesionales.

## RESULTADO

Calidad de vida de las personas beneficiarias y de las personas cuidadoras.

Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas en situación de complejidad y sus cuidadores.

Percepción o experiencia de buena atención desde una perspectiva de atención integrada.

Grado de cumplimiento de las voluntades y preferencias expresadas.

Nivel de alfabetización en salud, *health literacy* y programas de mejora.

Proporción de personas que mueren en casa o donde escojan.

Mortalidad evitable de las personas atendidas.

Prevalencia e incidencia de personas con hábitos de vida no saludables.

Experiencia de los profesionales en el trabajo en entornos de atención integrada.

## **DIMENSIÓN: EFICIENCIA Y USO DE RECURSOS.**

Contribuir a una mayor sostenibilidad del actual sistema de bienestar mediante un uso más adecuado de los recursos disponibles.

### **ESTRUCTURA**

**Existencia de estrategias colaborativas con asociaciones de enfermos, familiares y/o entidades de representación de la ciudadanía.**

**Existencia programas comunitarios preventivos.**

**Ratios de personal de atención directa (atención primaria) en relación al conjunto de población y con respecto a la población identificada como compleja.**

**Existencia de herramientas que agreguen costes de provisión de servicios sociales y de salud.**

### **PROCESO**

**Indicadores de cobertura (% de población y % de población en situación de complejidad), de los programas de atención al domicilio (ATDOM, servicios de ayuda a domicilio por parte de servicios sociales (SAD), teleasistencia (TLA), hospitalización a domicilio, PADES, Programa Soporte a Atención Primaria por parte de Salud Mental (PSI)...).**

**Indicadores de cobertura de otros servicios sociales y sanitarios.**

**Indicadores de intensidad (horas semana o mes) de uso de determinados servicios sociales y sanitarios.**

**Indicadores de accesibilidad (tiempo de espera) para el acceso a servicios sociales y sanitarios.**

**Tiempo de resolución: respuesta del sistema.**

**Utilización de recursos después del alta hospitalaria.**

**Ratio de copago por parte de la ciudadanía para el acceso a servicios sociales y de salud.**

**Reiteración del uso del servicio (como uso de un recurso inadecuado a esa situación).**

**Tiempo entre descompensaciones de una persona en situación de complejidad que requiere un ingreso.**

## RESULTADO

**Costes por habitante en: servicios sociales y sanitarios, atención domiciliaria (y peso de dicha atención respecto al gasto total), atención primaria y comunitaria (no especializada), especializada y teleasistencia, entre otros. Por separado y de manera agregada.**

**Diferencias en un mismo territorio y entre territorios para el acceso al mismo servicio social o de salud.**

### DIMENSIÓN: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD.

Que una práctica o intervención mejore el estado de bienestar de la población objeto de atención, estimando si es una medida adecuada para conseguir el resultado esperado. Incluye también el análisis y la prevención de errores, previniendo daños no deseados sobre las personas y aprendiendo de los errores.

## ESTRUCTURA

**Existencia de planes funcionales a nivel territorial (o rutas) de atención a la complejidad social y sanitaria.**

**Existencia de un punto de contacto único o de respuesta coordinada en modelo de atención integrada.**

**Existencia de sistemas de captación activa.**

**Existencia de pactos, rutas y mecanismos que garanticen una atención a las necesidades sociales y sanitarias en un modelo 24/7 de continuidad asistencial.**

**Existencia de pactos, rutas y mecanismos que garanticen la atención en los procesos de transición asistencial.**

**Existencia de programas de apoyo a los servicios sociales y sanitarios de atención primaria por parte de los servicios especializados.**

**Existencia de comisiones y órganos de gestión descentralizada de listas de espera y acceso a recursos.**

**Oferta unificada sanitaria y social de programas de apoyo a cuidadores.**

**Proporción de servicios con acceso a la historia clínica y social compartida de las personas.**

## PROCESO

Existencia de mecanismos para identificar y analizar disfunciones en las rutas.

Personas participantes en el programa “Planificación al Alta” contactadas 48 horas después del alta hospitalaria (Continuidad).

Post alta: grupos de riesgo. Identificación en cada hospital de grupos preferentes de riesgo para priorizar planificación de alta intensidad, tiempo de espera, frecuentación y estancias, uso de determinados servicios sociales y sanitarios.

Proporción de personas con polifarmacia, y de éstas, cuántas se benefician de revisión periódica.

Indicadores de adherencia terapéutica.

## RESULTADO

Hospitalizaciones potencialmente evitables. Tasa de hospitalizaciones por agudización de enfermedades crónicas (adecuación).

Adecuación del servicio a necesidades. Medidas de recogida de déficits en provisión.

Mortalidad hospitalaria de personas atendidas y grupos de riesgo (complejidad).

## DIMENSIÓN: ACCESO Y EQUIDAD.

Reducir las inequidades en la prestación de servicios y mejorar el acceso a estos niveles territoriales.

## ESTRUCTURA

Mecanismos, sistemas y protocolos de armonización de criterios de acceso a los servicios.

Tiempo de desplazamiento por acceso al servicio.

Mapas de variabilidad en utilización de servicios.

Existencia de un punto de contacto único o de respuesta coordinada en modelo AI.

Existencia sí o no de garantías 24/7.

Existencia de mecanismos de identificación de la demanda no atendida.

## PROCESO

**Demanda no atendida.**

**Personas institucionalizadas: cobertura, estancia y duración de la estancia.**

**Tiempo de espera para la activación de servicios, en particular en los servicios de atención domiciliaria de ambos sistemas.**

**Tiempo de espera entre la solicitud y la prestación derivada del reconocimiento de dependencia en las personas no institucionalizadas.**

**Tiempo de espera medio en urgencias.**

**Estancia media por tipo de recurso.**

**Rotaciones por tipo de recurso.**

**Intensidad en el uso de recursos de atención domiciliaria.**

## RESULTADO

**Ingresos urgentes relacionados con procesos o enfermedades crónicas – Métrica sintética o específica para algunas enfermedades crónicas.**

**Reingresos de usuarios hospitalizados – 30 días o definir límite (30 días es lo habitual en el gran conjunto de enfermedades crónicas pero podría ser de 7, 90 ó 180 días).**

**Días acumulados de hospitalización relacionados con procesos o enfermedades crónicas.**

**Uso del servicio de urgencias con métrica poblacional.**

**Frecuentación de urgencias de las personas en situación de complejidad clínica (PCC ).**

**Frecuentación de las personas en situación de complejidad clínica y social a los servicios de atención primaria de salud y de servicios sociales básicos.**

**Ingresos y reingresos en condición PCC y MACA : uso de recursos (especialmente internamiento).**

## 5. DISCUSIÓN.

Evaluar el desarrollo de la atención integrada es un reto al que intentan dar respuesta muchos territorios a nivel internacional en el presente. Y del mismo modo que en otros lugares, en Cataluña se reconoció, desde la puesta en funcionamiento del PIAISS, que la generación de herramientas y metodologías para evaluar la atención integrada sería un desafío.

Si aún no existe acuerdo en la respuesta a la pregunta ¿qué es la atención integrada?, resulta aún más complejo intentar evaluarla. En nuestro contexto, sí que se adoptó un consenso en cuanto a la definición y alcance en el grupo de expertos. Un consenso que, de algún modo, nos ponía delante un desafío todavía más complejo en tanto que la definición de atención integrada sobre la que se pretendía desarrollar la propuesta debía ser inclusiva tanto para la atención social como para la atención sanitaria. En este sentido, entendemos que el desafío es más complejo porque si no existen grandes experiencias reales en este ámbito, cabe considerar que aún menos tienen esta dimensión social y sanitaria.

Un segundo elemento de discusión fue alrededor del contenido de la evaluación. El marco evaluativo debía considerar elementos que permitieran conocer el grado de integración, entendiendo que la integración de servicios no es una finalidad “per se” o, por el contrario, debía evaluar los resultados y el impacto de dicha provisión de servicios integrados. Finalmente, la propuesta consideró las dos visiones incorporando indicadores tanto de estructura, como de

proceso y resultado.

La construcción de un marco evaluativo compartido basado en el modelo de triple meta de base poblacional y territorial constituirá, sin duda, un elemento altamente facilitador y determinante en la aceleración e implementación real de los modelos de atención integrada y centrada en la persona, tanto en Cataluña como en otros contextos.

Existen múltiples beneficios en el desarrollo de un marco de evaluación para la atención social y sanitaria integrada. El trabajo que se desarrolló en el contexto del Fórum ITESS nos permitió comprender que todavía existen dificultades importantes en lo que se refiere a la evaluación y en la disposición de datos que puedan generar una propuesta de marco de evaluación. Estas dificultades son especialmente significativas en el ámbito de los servicios sociales. Pero aún así, también permitió reconocer de un modo compartido entre actores muy significativos del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales la necesidad de avanzar en esta dirección.

El proceso de desarrollo de la propuesta ha demostrado también que éste es un reto importante desde un punto de vista de encaje en la cultura de la evaluación en ambos sistemas y que nos obliga a seguir disponiendo de espacios de generación de conocimiento compartido. Haber incorporado en la fase inicial de análisis del estado del arte todas las experiencias locales previas, o iniciativas que de un modo u otro podían ser entendidas como potencialmente interesantes a compartir entre el grupo

de expertos, ha enriquecido de un modo muy significativo la comprensión de los desafíos y beneficios a los que se enfrenta la evaluación de la atención integrada.

En cuanto al contenido específico de la propuesta de evaluación, se asume su carácter provisional, abierto y claramente perfectible y evolutivo en el tiempo. A pesar de que la propuesta de indicadores a incluir en el marco evaluativo tiene claras deficiencias en cuanto a la factibilidad de ser consideradas en la fase actual, se considera que el proceso de conocimiento y reconocimiento entre actores y el consenso en relación a las dimensiones y los atributos que deberían cumplir los indicadores que finalmente se pudieran incluir ya tiene en sí mismo un gran valor.

Una parte importante de los indicadores incluidos, como por ejemplo, la evaluación de los costes de la prestación de servicios o la movilidad entre servicios, todavía son de difícil utilización, ya que se requiere seguir mejorando la disposición de datos y elaborando nuevos métodos para calcular con precisión y para comparar las intervenciones en las diferentes formas de atención integrada.

En definitiva, es necesario seguir invirtiendo en ampliar la consistencia y robustez del enfoque de la propuesta elaborada en esta primera fase y seguir mejorando los métodos de disposición, recolección y análisis de la información necesaria para alimentar el marco evaluativo.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Berwick, D. N. (2008, 27). The Triple Aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 759-69.

European Commission. Expert Group on Health Systems Performance Assessment. (2017). *Blocks. Tools and methodologies to assess integrated care in Europe*. Luxembourg: Publication Office of the European Union.

Generalitat de Catalunya. (2014). *Acord Gov/28/2014, de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla Interdepartamental d'atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS)*. Barcelona: DOGC.

Lara Montero, A., Van Duijin, S., Zonneveld, N., Minkman, M., & Nies, H. (2016). *Integrated Social Services in Europe: a study looking at how local public services are working together to improve people's lives*. Brighton: European Social Network.

Nolte, E. P. (2014). *Policy Summary 11. What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

OECD. (2015). *Integrating Social Services for vulnerable groups: bridging sectors for better service delivery*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.

WHO. (2015). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim report*. Geneva: World Health Organisation.

# EL DEBATE SOBRE EL PAPEL DE LOS MUNICIPIOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES. EL EJEMPLO DE ALEMANIA Y ESPAÑA.

**MIGUEL MONTERO LANGE**  
Sociólogo.

## SUMARIO

### 1. INTRODUCCIÓN.

### 2. LAS POLÍTICAS SOCIALES MUNICIPALES EN ALEMANIA.

2.1. El sistema público de cuidados de larga duración.

2.2. Los municipios y el seguro público de cuidados de larga duración.

### 3. LA DESMUNICIPALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: EL EJEMPLO ESPAÑOL.

3.1. Los municipios y el SAAD.

3.2. La Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local (LRSAL).

3.3. La oposición a la LRSAL.

3.4. La sentencia de la Tribunal Constitucional.

3.5. Los motivos de la reforma.

### 4. CONCLUSIONES.

### 5. BIBLIOGRAFÍA.

## PALABRAS CLAVE

Cuidados de larga duración; Municipios; Administración local; Ley 27/2013; Alemania; España.

## RESUMEN

El artículo analiza la remunicipalización de la gestión y prestación de los servicios de cuidados de larga duración en Alemania y el (fallido) intento de desmunicipalización de los servicios sociales en España. Se trata de procesos simultáneos pero con objetivos contrarios. En Alemania, la puesta en marcha del seguro de cuidados implicó una marginalización de los entes locales no solo de la prestación de servicios sino también de los procesos de planificación y diseño de las estructuras locales. El rol de los municipios fue transferido a otros actores, en especial a los seguros de cuidados y a los gobiernos regionales. Los efectos negativos de este proceso de centralización sobre los servicios y la atención que reciben las personas que necesitan de estos cuidados ha llevado a un replanteamiento de la distribución de competencias y a una tímida remunicipalización de las competencias. Por otra parte, el controvertido intento de arrebatar a los municipios españoles las competencias de los servicios sociales a través de la LRSAL, decía ser una respuesta a la necesidad de estabilizar y consolidar las finanzas municipales. Sin embargo, pretendía recortar competencias municipales sobre todo en el ámbito de los servicios sociales y reforzar el ámbito provincial y la empresa privada.

## KEYWORDS

Long-term care; Municipalities; Local Management; Law 27/2013; Germany; Spain.

## ABSTRACT

*The article analyses remunicipalization in the management and provision of long-term care services in Germany and the (failed) attempt to demunicipalize social services in Spain. These are simultaneous processes but with opposing aims. In Germany, the introduction of care insurance implied a marginalization of local bodies, not only in the provision of services but also in the planning and design processes for local structures. The role of municipalities was transferred to other actors; especially care insurance and regional governments. The negative effects of this centralization process on the services and care received by the people who need this care has led to a rethink in the distribution of powers and a timid remunicipalization of powers. Moreover, the controversial attempt to wrest social service powers from Spanish municipalities through the LRSAL (Law on the Rationalization and Sustainability of Local Government) was said to be a response to the need to stabilize and consolidate municipal finances. It aimed to cut municipal powers, especially in the area of social services, and to strengthen the provincial area and the private sector.*

<sup>1</sup> Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración local.

## 1. INTRODUCCIÓN.

La crisis de los años 70 obligó a los estados industrializados a recalibrar el diseño de sus políticas sociales, incorporando a actores trans- o supranacionales (p. ej. la Unión Europea) y subnacionales (las regiones y los municipios) (Kazepov, 2008). Este proceso, denominado “rescaling” (Kazepov, 2010), se produjo en un contexto de consolidación de la “gobernanza multinivel” (Moreno, 2014) (Kazepov y Barberis, 2011). A pesar de que algunos autores opinan que la lógica dominante fue la ideología neoliberal, la municipalización abrió espacios nuevos para corregir o complementar políticas estatales (Jørgensen, 2012). La municipalización de los servicios sociales reforzó el principio de la subsidiariedad territorial y el de la rendición de cuentas, elementos centrales para legitimar las políticas públicas (Moreno, 2014). En el contexto europeo la remunicipalización cuenta con el apoyo expreso de la Comisión Europea, que ha impulsado iniciativas como el Pacto de Amsterdam para profundizar la dimensión local de las políticas públicas (Comisión Europea, 2016).

En el pasado reciente se ha producido una municipalización de las políticas de integración de las personas inmigrantes (Gebhardt, 2015) (Scholten y Penninx, 2016) (Aumüller et al., 2016) y de las políticas activas de empleo (Künzel, 2012) (Aurich-Berheide, 2015), renunciando a estructuras verticales y jerarquizadas entre los diferentes niveles administrativos y apostando por la coordinación de los actores locales y regionales (Kazepov, 2008).

La primera parte de este artículo analiza la tímida remunicipalización de los servicios de cuidados de larga duración en Alemania. El sistema alemán de cuidados de larga duración es de reciente creación y ha supuesto un importante avance en el desarrollo del estado de bienestar, incorporando a la Seguridad Social uno de los riesgos que antes no estaba cubierto de forma sistemática. Este artículo presenta de forma sucinta las principales características del sistema, a continuación, detalla el papel de los municipios en la gobernanza de los cuidados de larga duración (CLD) en Alemania. La puesta en marcha del seguro público de cuidados de larga duración en 1995 supuso una rápida desmunicipalización. Centro los últimos apartados en describir la tímida remunicipalización que se produce a partir de 2008 en Alemania y que culmina con la entrada en vigor el 1 de enero de 2017 de la Tercera Ley para reforzar los CLD (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III) y que vuelve a conceder cierto protagonismo de los municipios en la prestación y planificación de los servicios.

La segunda parte está dedicada a un proceso de signo contrario: el intento de desmunicipalización impulsado en España por el Gobierno en 2013 con la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local (LRSAL). Comienzo con una breve descripción de las competencias municipales en la prestación de servicios sociales y el papel de los municipios en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia SAAD. Continúo esbozando brevemente los principales puntos de la ley así como las estrategias de diversos

actores – sobre todo de las Comunidades Autónomas – para impedir su implementación. Finalizo mencionando brevemente la sentencia del Tribunal Constitucional que anula algunas partes claves para suprimir las competencias municipales en este ámbito y presento algunos de los motivos que posiblemente fueron decisivos para impulsar la LRSAL.

## 2. LAS POLÍTICAS SOCIALES MUNICIPALES EN ALEMANIA.

Los municipios alemanes cubren riesgos que no caen en el ámbito de actuación de la Seguridad Social alemana (seguros de pensiones, desempleo, sanidad, cuidados de larga duración y accidentes) (Grohs y Rei-

ter, 2014), asumiendo a menudo la función de “*garante de última instancia*” (Benz et al, 2015).

El Estado de Bienestar alemán distingue tres tipos de políticas sociales municipales: las voluntarias, las transferidas (que suelen complementar los grandes sistemas de protección) y, por último, aquellas que los municipios ejecutan por delegación (Benz et al., 2015). El margen de decisión varía en función del tipo de políticas. En las voluntarias los municipios tienen capacidad plena para decidir si ofrecen un servicio y cómo lo ofrecen, en las transferidas solo pueden decidir cómo ofrecerlo y en las delegadas no tienen margen de decisión.

### Los ámbitos de actuación de las políticas sociales de los municipios.

| Competencias municipales o transferidas   |   | Competencias por delegación  |
|---|---|--|
| POLÍTICAS VOLUNTARIAS   | POLÍTICAS TRANSFERIDAS  | POLÍTICAS POR DELEGACIÓN   |
| SUPERVISIÓN JURÍDICA GENERAL ESTATAL  | SUPERVISIÓN JURÍDICA ESTATAL ESPECÍFICA   | SUPERVISIÓN JURÍDICA Y TÉCNICA ESTATAL   |
| FINANCIACIÓN A TRAVÉS DE FONDOS MUNICIPALES   | FINANCIACIÓN A TRAVÉS DE LOS PRESUPUESTOS GENERALES MUNICIPALES   | FONDOS ESTATALES O DE LOS GOBIERNOS REGIONALES   |
| Ejemplos:<br>Financiación de centros para mayores o de ocio.<br>Creación de centros municipales para los CLD.<br>Apoyo a grupos de autoayuda, centros de asesoría.<br>Políticas municipales de empleo.<br>Viviendas públicas. | Ejemplos:<br>Ayuda social.<br>Gasto en alojamiento y calefacción para los perceptores de la prestación no contributiva por desempleo.<br>Apoyo para menores y jóvenes.<br>Servicios sociales. | Ejemplos:<br>Tramitación y pago de la ayuda para la vivienda.<br>Control de la salud, combate brotes epidémicos. |
| AUTONOMÍA MUNICIPAL   |   |  |
| ←   | →   | →  |
| Municipios deciden si y cómo implementar las políticas  | Municipios deciden cómo implementar las políticas   | Los municipios no tienen capacidad de decisión   |

Fuente: Grohs y Reiter 2014: 9

Las políticas sociales tienen un enorme peso en el gasto municipal. El 18% de los trabajadores y trabajadoras de los municipios pertenecen al ámbito de los servicios sociales, las políticas laborales y la atención a jóvenes, un porcentaje superior al de los otros niveles administrativos (Statistisches Bundesamt, 2015), y los municipios destinan el 24,5% de sus presupuestos a las políticas sociales (Statistisches Bundesamt, 2017). Pero la mayor parte del gasto social de los municipios se destina a las políticas transferidas, por ello los fondos disponibles para desarrollar las políticas sociales voluntarias son mínimos (Grohs y Reiter, 2014).

Los políticas sociales municipales se encuentran ante la disyuntiva de querer y tener que impulsar políticas sociales de cercanía, participar en los múltiples gremios y foros colaborativos de políticas sociales que se han creado en diversos ámbitos como el de la integración o las políticas activas de empleo, pero a la vez disponen de poco margen económico debido a las restricciones presupuestarias (Grohs, 2015) resultantes del techo de gasto que entró en vigor el 1.1.2011 y que será de plena aplicación a partir de 2020 (Benz et al., 2015). Existe una polarización entre aquellos municipios que tienen suficientes fondos para desarrollar políticas y otros que, por encontrarse en zonas económicamente deprimidas, sencillamente no cuentan con la necesaria disponibilidad financiera (Grohs, 2015).

## 2.1. El sistema público de cuidados de larga duración.<sup>2</sup>

El 11 de marzo de 1994 el Parlamento Federal aprobó la ley que regula el seguro público de cuidados, poniendo fin a un debate que duró más de veinte años. La Ley entró en vigor el 1 de enero de 1995, introduciendo de forma gradual las diferentes prestaciones. El principal motivo para la creación de este sistema fue la grave situación financiera a la que muchos municipios se vieron abocados por tener que asumir parte de los gastos que generaba la atención a los CLD a través del subsidio social, una ayuda contributiva a la que muchos dependientes tenían que recurrir por no disponer de ingresos o patrimonio suficiente para costear los cuidados.

El seguro público de cuidados es un pilar independiente de la Seguridad Social junto a los seguros de enfermedad, pensiones, desempleo y accidentes. Los seguros de cuidados que gestionan el sistema pertenecen orgánicamente a las cajas de enfermedad. Una de las peculiaridades del sistema alemán es la coexistencia de seguros privados y públicos.

El sistema alemán delega en los principales actores la configuración del sistema de cuidados. Las federaciones regionales de los seguros de cuidados de larga duración negocian con las organizaciones regionales de proveedores los precios de los servicios y firman convenios que detallan las condiciones. Si el proveedor cumple ciertos criterios de calidad, los seguros de cuidados

<sup>2</sup> Para más información sobre el seguro público de cuidados en Alemania: Montero Lange 2017, 2015 y 2014.

de larga duración están obligados a negociar con él. La estructura de precios presenta considerables diferencias regionales, el Estado delega la planificación de la red de servicios en el mercado y confía en el efecto de la demanda y la oferta, lo que ha producido considerables disfunciones.

El 33,5% de los servicios de atención domiciliaria (SAD) pertenecen al Tercer Sector y el 65,1% al sector mercantil. En el ámbito residencial el Tercer Sector tiene un peso superior con un 53% de los centros, seguido del sector empresarial con un 42,1% de los centros y un 37% de las plazas. El sector público, en concreto los municipios, se ha retirado de la prestación de servicios. Solamente el 1,4% de los SAD y el 4,8% de los centros son de titularidad pública.

El seguro público de cuidados alemán creó estructuras de mercado y abrió ese mercado a la empresa privada. El Tercer Sector perdió su papel protagonista en la prestación de servicios mientras que la prestación pública de servicios pasó a ser marginal. La creación de un mercado de la atención a la CLD se ha traducido en una creciente aplicación de criterios empresariales y en la irrupción de las empresas privadas con ánimo de lucro en un ámbito de las políticas sociales, cuestionando el papel privilegiado que hasta ese momento ostentaban las organizaciones no lucrativas. La persona con necesidad de CLD se constituye como “cliente”, en teoría un actor más en ese mercado de los CLD pero en realidad se encuentra en una situación débil frente al resto debido a la falta de transparencia del mercado.

## 2.2. Los municipios y el seguro público de cuidados de larga duración.

La puesta en marcha del seguro público de cuidados supuso una profunda reestructuración del entramado de competencias y, en concreto, una pérdida del poder que los municipios tenían en este ámbito. (Bundesrat, 2015). A diferencia de los sistemas de CLD de los países nórdicos, que se caracterizan por una regulación central y la gestión municipal, en el sistema alemán la regulación está centralizada por el estado federal y la gestión es regional, lo municipal tiene una importancia residual (Rodríguez, 2015).

Hasta la introducción del seguro público de cuidados en 1995/1996 la competencia de los municipios en esta materia era prioritaria. Asumían, al igual que continúan haciendo ahora, parte del gasto de los cuidados para aquellas personas que no cuentan con recursos económicos suficientes a través de la ayuda social. Pero además recaía en los municipios la planificación, sobre todo, de la infraestructura de los centros de CLD. Hasta finales de 1994 el sector privado no contaba con residencias y los cuidados domiciliarios mayoritariamente se organizaban de forma conjunta entre el Tercer Sector y los servicios municipales (Deutscher Städtetag, 2015). Las estructuras de gestión y el reparto de competencias previos a la puesta en marcha del seguro público de cuidados permitieron a los municipios y al Tercer Sector mantener fuera del mercado a los proveedores privados sobre todo en los cuidados residenciales (Pabst, 2002).

Una vez que el seguro público de cuida-

dos se puso en marcha, el principal soporte legal de las políticas municipales en este ámbito es el artículo 71 del Código Social XII, que regula la ayuda social. Este artículo define las tareas de las políticas municipales voluntarias de apoyo a los mayores. Éstas deberán *“servir de aportación para prevenir, superar o mitigar las dificultades que puedan surgir en la vejez y posibilitar a las personas mayores su participación en la sociedad.”* Como señalan Backes y Arnheim (2011), este artículo abre un abanico de políticas dirigidas a los mayores como el apoyo, asesoría y fomento de la participación y el tiempo libre, pero también en la creación de viviendas adaptadas para mayores, la búsqueda de centros de cuidados de larga duración, la creación y el acceso a servicios adaptados a las necesidades de las personas mayores. Uno de los argumentos aducidos por los defensores de la remunicipalización de los cuidados es la autonomía local, regulada por el artículo 28 de la Ley Fundamental de la República Federal (Naegele, 2014). Además, el artículo 8 del Tomo XI del Código Social que regula el seguro público de cuidados define la prestación de servicios de cuidados como una responsabilidad para el conjunto de la sociedad y las instituciones.

Los municipios no supieron o no quisieron aprovechar la descarga económica que supuso el seguro público de cuidados y la consiguiente contracción del gasto en ayuda social para realizar inversiones en la infraestructura de cuidados. Se retiraron de este ámbito, renunciando en la mayoría de los casos a hacer uso de las competencias restantes para realizar una planificación municipal de la infraestructura local (Naege-

le, 2014). Una prueba de ello es la práctica desaparición de los servicios de cuidados domiciliarios o residenciales en titularidad municipal. Pero como señala Pabst (2002) tampoco aprovecharon los márgenes económicos que les brindó la introducción del seguro público de cuidados para ampliar la ofertas voluntarias. La mayoría de los municipios sencillamente congeló o incluso redujo los fondos destinados a este fin.

Los grandes ganadores de las desmunicipalización de las políticas de cuidados fueron los gobiernos regionales y los seguros de cuidados (Bertelsmann Stiftung, 2016). Este proceso de desmunicipalización ha supuesto la pérdida de la dimensión local de los CLD. Una serie de fusiones de los seguros de enfermedad y, por ende, de los seguros de cuidados de larga duración, que pasaron de 960 en 1995 a 113 en 2017, se han traducido en una pérdida no solo de los conocimientos de las realidades locales sino también del interés de intervenir en lo local, p. ej. regulando la oferta (Hoberg y Klie, 2015).

El mercado diseña *“de facto”* la infraestructura de cuidados, por lo que ésta no suele responder a un proceso de planificación consensuado y cooperativo entre los seguros de cuidados y los municipios (Naegele, 2014). Como señala la Federación Alemana de Ciudades y Municipios (Deutscher Städte- und Gemeindebund, 2016) el seguro público de cuidados introdujo *“la provisión de servicios de cuidados siguiendo los principios del mercado. Se esperaba que las leyes de la oferta y la demanda resultarían en una atención óptima. La realidad es que hoy en día encontramos*

*situaciones de infraoferta y de oferta inadecuada. El mercado no puede corregir la sobre- e infraoferta ni una oferta inadecuada.”* (Deutscher Städte- und Gemeindebund, 2016).

La falta de instrumentos de planificación de la infraestructura ha llevado a una enorme disparidad de las estructuras locales y del mix de servicios, de su accesibilidad y coste (Bertelsmann Stiftung 2016) así como de los servicios de baja intensidad (asesoría, acompañamiento, etc.) que caen en el ámbito de las políticas sociales voluntarias de los municipios (Bode y Chartrand, 2011).

El cambio demográfico y el aumento paulatino del gasto municipal en la ayuda a los cuidados obligan a los municipios a desarrollar estrategias que logren moderar el gasto e introducir elementos de gestión local que permitan reforzar los cuidados en el entorno domiciliario frente a los cuidados en centros, dado que éstos generan un gasto muy superior (Grohs y Reiter, 2014). Al ser un sistema de cobertura parcial, el copago por parte de los usuarios es considerable. Los beneficiarios de las prestaciones aportaron en 1999 un 21% del coste de la atención, en 2007 un 27%, en 2011 un 33% (Zuchandke, 2011) y en 2013 un 32% (Comisión Europea, 2016). La introducción del seguro público de cuidados supuso una importante reducción del gasto en esta prestación que pasó de 9.000 millones de euros en 1994 a 3.500 millones en 1997 (Bundesregierung, 2004). Sin embargo, el gasto total generado por la prestación asistencial para personas en situación de CLD

que corre a cargo de los municipios vuelve a subir pasando de 3.152 millones de euros en 2005 a 4.080 millones euros en 2015 (Bundesamt für Statistik, 2017).

### *2.2.1. El debate sobre la (re-) municipalización de los cuidados de larga duración.*

A partir de 2006 diversas organizaciones y federaciones de municipios (Deutscher Landkreistag, 2010) (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, 2015), organizaciones de servicios sociales (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 2006) y diversas fundaciones (Platzek y Schnitger, 2015) (Schnitger et al., 2016) (Bertelsmann Stiftung, 2016) (FES / KDA, 2013) (Hoberg et al., 2016) han intentado situar la remunicipalización de los CLD en la agenda política.

Varias regiones han aprovechado sus normativas regionales para implicar a los municipios en la planificación de los cuidados. Renania-Palatinado ha transferido a los municipios la planificación de la estructura de cuidados<sup>3</sup>. Renania del Norte-Westfalia, la mayor región alemana en cuanto a población, cuenta desde 2014 con una ley que regula la planificación municipal de los cuidados, dándole un carácter más vinculante que normativas anteriores. Opta por la coordinación como un instrumento central, de manera que p.ej. únicamente serán autorizados aquellos centros residenciales nuevos que hayan obtenido el visto bueno de una conferencia local de cuidados. Pero existe una enorme diversidad en cuanto a la asignación de competencias a los municipios.

<sup>3</sup> <https://www.lzg-rlp.de/de/pflegestrukturplanung.html>

El mapa de servicios municipales para los cuidados presenta una enorme variedad debido en muchos casos a la situación financiera de los municipios, al reparto de poder regional y a la disposición para utilizar fondos y programas de financiación estatales (Deutscher Städtetag, 2015).

Un primer intento de cambio de rumbo fue la Ley para el perfeccionamiento de la atención a la dependencia (Pflegerweiterentwicklungsgesetz) aprobada el 14 de marzo de 2008 que creaba los puntos de asesoría para la atención a la dependencia. Éstos pretenden centralizar en una sola institución la asesoría, la gestión de casos y el mayor número posible de servicios dirigidos a personas dependientes.

La coordinación gruesa forma parte de las competencias de los puntos de coordinación, regulados por artículo 92c Tomo XI del Código Social. Éstos tienen las siguientes funciones:

- Ofrecer asesoría e información acerca de los derechos y obligaciones de acuerdo a la normativa social así como acerca de las prestaciones y ayudas.
- Coordinar los servicios locales de atención y cuidados locales.
- Crear una red que coordine todas las ofertas de apoyo y atención a los CLD.

Algunos gobiernos regionales han frenado esta iniciativa. En estas regiones ha fracasado el intento de mejorar la asesoría municipalizando las estructuras (Deutscher Städtetag, 2015). En los últimos años diversas organizaciones han lanzado propuestas para convertir los puntos de coordinación

*“en centros locales de servicios y de coordinación para mayores que tengan como objetivo garantizar el mix de cuidados de recursos propios y ajenos, cuidados formales e informales, sanidad, cuidados y apoyo a las personas mayores (FES / KDA, 2013). Hoberg y Klie (2015) señalan que estos puntos de coordinación gruesa podrían funcionar incluso como bisagra o puente entre el sistema de salud y el de los CLD, coordinando por ejemplo los procesos de alta hospitalaria.*

Resulta llamativo que el modelo de referencia para el debate alemán no sea el nórdico, sino el japonés. A partir de los años 90 Alemania y Japón prácticamente iniciaron de forma simultánea una profunda reforma de los CLD, introduciendo sistemas homogéneos y centralizados (Campbell et al., 2016) Las similitudes de los retos que afrontan ambos países son evidentes: un rápido envejecimiento de la población, una fuerte erosión de la capacidad de las redes familiares para asumir los cuidados y una presión económica considerable. Sin embargo, los dos países han emprendido rutas diferentes. Japón ha municipalizado los servicios de cuidados, dotando a los entes locales de competencias y fondos suficientes para asumir estas tareas (Nakanishi et al., 2015, 2014), mientras que Alemania se ha mostrado reticente a volver a situar a los municipios en el centro del sistema.

### 2.2.2. El grupo de trabajo gobierno central/ gobiernos regionales.

Este debate, el incremento del gasto en la ayuda social y un amplio consenso de que *“los cuidados de larga duración son más que el seguro público de cuidados y una atención que se rige por los minutos. La renuncia a las competencias y la retirada de las competencias de los municipios fue una evolución errónea. Debido a ello no fue posible centrar los cuidados en la cohesión social y buscar nuevos modelos de prestación de servicios”* (Gohde, 2013) llevaron a los dos partidos democristianos, CDU y CSU, y al socialdemócrata SPD a incluir en su acuerdo de gobierno de 2013 el compromiso de ampliar las competencias municipales en el ámbito de los CLD en la actual legislatura.

El Ministerio de Sanidad lideró el proceso puesto en marcha para dar cumplimiento

### Propuestas del grupo de trabajo.

#### Garantizar la disponibilidad de los cuidados

- 1.1 Crear las condiciones para institucionalizar la cooperación regional.
- 1.2. Definir las competencias municipales y mejorar su coordinación con los ámbitos de los CLD y la sanidad.
- 1.3. Crear un gremio para la analizar la situación de los CLD.
- 1.4. Obligar a los seguros de cuidados a implementar las recomendaciones de este gremio.
- 1.5. Mejorar los datos disponibles sobre la distribución regional de la necesidad de cuidados.
- 1.6. Los gobiernos regionales tendrán en cuenta las necesidades de colectivos necesitados de cuidados especialmente vulnerables (demencia, extranjeros) a la hora de diseñar sus instrumentos de ayudas.
- 1.7. Mejorar los datos sobre el voluntariado en los CLD.

a lo acordado en el acuerdo de gobierno. En septiembre de 2014 un grupo de trabajo conjunto de los gobiernos regionales y el gobierno federal inició su trabajo. Formaban parte de este grupo cuatro ministerios federales, once ministerios regionales y las tres principales organizaciones del ámbito municipal. El grupo de trabajo tenía tres encargos: reforzar la capacidad de los municipios para planificar y gestionar la estructura regional de los cuidados, ampliar la implicación de los municipios en la estructura de los cuidados y diseñar los espacios sociales de tal manera que las personas necesitadas de cuidados puedan permanecer el máximo tiempo posible en su entorno habitual (Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen, 2015).

El 12.5.2015 el grupo de trabajo presentó las propuestas consensuadas en diversos ámbitos<sup>5</sup> comprometiéndose a implementar las siguientes 26 medidas:

<sup>5</sup> Proyectos piloto de nuevas formas de asesoría, derecho de los municipios a poner en marcha puntos de apoyo a los cuidados, opción a crear consejos asesores para los cuidados, participación en la puesta en marcha o ampliación de ofertas de baja intensidad, facilitar la creación de gremios transversales, reforzar el papel de los municipios en la gestión de estructura de cuidados en los espacios sociales locales, acuerdos marco en materia de asesoría de personas necesitadas de cuidados, mejorar la disponibilidad

### Ofertas apoyo de baja intensidad

- 2.1. Mejorar el conocimiento impulsando proyectos de investigación.
- 2.2. Facilitar el intercambio de información.
- 2.3. Facilitar el acceso a las ofertas de apoyo de baja intensidad, crear nuevos programas regionales para fomentar esta oferta.
- 2.4. Mejorar el uso de los fondos previstos por el Tomo XI para este tipo de apoyos.
- 2.5. Flexibilizar la cofinanciación municipal para este tipo de apoyos.
- 2.6. Los gobiernos regionales implicarán a los municipios en los trámites de evaluación y concesión de estos apoyos.
- 2.7. Los municipios y los gobiernos regionales impulsarán la colaboración entre ofertas formales e informales, implicando en especial a los puntos de apoyo a los cuidados y las casas multigeneracionales.
- 2.8. Fomentar el voluntariado en los CLD.

### Asesoría

- 3.1. Mejorar la cooperación entre seguros y las estructuras regionales y locales. El gobierno federal encargará un estudio sobre la situación de los puntos de apoyo a los cuidados.
- 3.2. Mejorar la cualificación de las personas encargadas de asesorar a las personas necesitadas de cuidados y sus familiares.
- 3.3. Reforzar estructuras municipales de asesoría, creando vías de financiación.
- 3.4. Poner en marcha proyectos pilotos para probar nuevas formas de asesoría.
- 3.5. Mejorar los datos disponibles sobre las diferentes modalidades de asesoría y la formación impartida a familiares cuidadores.

### Viviendas adecuadas para la vejez

- 4.1. Crear vías de financiación pública para fomentar la creación de viviendas adecuadas y adaptadas para personas mayores.
- 4.2. Gestionar la planificación de viviendas en los espacios sociales locales.
- 4.3. Fomentar la diversidad de los tipos de vivienda.
- 4.4. Mejorar el fomento de las medidas encaminadas a mejorar el entorno vivencial reguladas por el artículo 40 del Tomo XI.
- 4.5. El gobierno federal y los gobiernos regionales se comprometen a facilitar a los municipios información sobre programas y ayudas.
- 4.6. Mejorar los datos disponibles sobre las formas de vivienda de las personas necesitadas de cuidados.

Las propuestas lanzadas por la comisión fueron criticadas por la Federación Alemana de Ciudades (Deutscher Städtetag, 2015) que las consideraba poco ambiciosas, sobre todo en lo que se refiere a la planificación y gestión de la estructura local de cuidados. Como aportación al grupo de trabajo dicha Federación (Deutscher Städtetag, 2015) elaboró una propuesta que pretendía anclar en el Tomo XI del Código Social la planificación municipal de los cuidados. Un año después de la presentación de las conclusiones del grupo de trabajo, el gobierno publicó el Séptimo Informe sobre la vejez elaborado por un equipo independiente que afirma que la falta de calado de las propuestas refleja la negativa de los seguros de cuidados y del Ministerio de Sanidad a ceder competencias a los entes locales (Deutscher Bundestag, 2016).

### *2.3.3. La Tercera Ley para reforzar la atención de los cuidados de larga duración: Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III).*

El 5.9.2016 el Consejo de Ministros remitió al Parlamento el proyecto de la Tercera Ley para reforzar la atención a los cuidados de larga duración (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III), que finalmente fue aprobado el 23.12.2016 y entró en vigor el 1.1.2017. El Gobierno quiso con esta Ley trasponer al menos parte de las recomendaciones del grupo de trabajo y dar un paso hacia una remunicipalización de los CLD. Los cuatro puntos centrales de la PSG III son los siguientes:

- Los seguros de cuidados deberán participar en las comisiones locales para los CLD creados por las normativas regio-

nales. Deberán tomar en consideración todas las recomendaciones de estas comisiones en sus negociaciones con los proveedores de servicios y deberán dar los pasos necesarios para evitar situaciones de déficit de servicios.

- El Gobierno Federal facilitará durante cinco años que los municipios puedan crear puntos de asesoría (gestión gruesa de los CLD), siempre y cuando garanticen una cofinanciación adecuada. Además, estos puntos de asesoría municipales podrán recibir y canjear los talones de asesoría que concede el seguro público de cuidados.
- El Ministerio de Sanidad financiará un proyecto piloto que tiene como objetivo poner a prueba una asesoría integral en 60 municipios. Durante este periodo estos municipios podrán crear centros de asesoría unificados, la competencia pasa de los seguros de cuidados a los municipios y los seguros de cuidados además reembolsarán el coste correspondiente.
- Los seguros públicos de cuidados de larga duración pondrán a disposición 25 millones de euros anuales para mejorar el apoyo a las personas necesitadas de CLD y otros 10 millones para crear las redes locales de apoyo a este colectivo y sus familiares, siempre y cuando los municipios y/o los gobiernos regionales hagan una aportación económica idéntica.

El proyecto de ley suscitó reacciones muy encontradas en el sector y los agentes sociales. Los grandes seguros de cuidados de larga duración y los proveedores

de servicios criticaron lo que consideraban una excesiva transferencia de competencias a los municipios sobre todo en materia de asesoría. Los sindicatos creen necesario reforzar el papel de los municipios y, sobre todo, garantizar la coordinación entre todos los actores del sistema. Dos de las grandes organizaciones de los municipios y las mancomunidades criticaron el proyecto de ley al considerarlo poco ambicioso y por quedarse muy por detrás de las propuestas del grupo de trabajo creado por el Ministerio de Sanidad. Advertían que la ley abre a los seguros de cuidados diversas vías para bloquear la puesta en marcha de los proyectos piloto. La Federación de los seguros de cuidados es sumamente beligerante con un reforzamiento del papel de los municipios. Afirma que la normativa actual garantiza la participación de los municipios en la planificación, critica lo que considera una falta de interés municipal por asumir responsabilidades en esta materia y la falta de financiación por parte de los gobiernos regionales.<sup>6</sup>

La oposición parlamentaria manifestó sus críticas a la Ley, considerando insuficiente que ésta amplíe las competencias municipales en la asesoría mientras que no avanza en la municipalización de la planificación de los cuidados (Die Grünen, 2016). En el trámite parlamentario de la Ley, las comisiones de la Cámara Alta – órgano en el que están representados los gobiernos regionales propusieron al plenario comunicar al Parlamento Federal *“lamentar, que las propuestas del grupo de trabajo federal y regional no hayan sido recogidas en su totalidad”* (Bundesrat, 2015).

### 3. LA DESMUNICIPALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: EL EJEMPLO ESPAÑOL.

Los servicios sociales han constituido una competencia propia de los municipios españoles desde la Constitución Española de 1812. En líneas generales, hoy en día los municipios españoles asumen un primer nivel de atención comunitaria mientras que el segundo nivel funcional especializado recae en las CCAA (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, 2013).

En la primera fase de la descentralización después de 1975 y una vez aprobados los primeros estatutos de autonomía y la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA) se produjo una *“consolidación del poder autonómico a expensas del poder local, en un esquema territorial más competitivo que cooperativo entre niveles de gobierno.”* (Pedraja y Pandiello, 2015). En la denominada *“segunda descentralización”* (Carbonell, 2014) normas como la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases del Régimen Local (LBRL) de 1985, que establecía la obligatoriedad de que los municipios con más de 20.000 habitantes presten los servicios sociales, así como la mayoría de los Estatutos de Autonomía (Aymerich, 2014) anclaron los servicios sociales en el ámbito local.

Los Estatutos de Autonomía denominados de segunda generación, como el andaluz y el catalán, otorgan expresamente las competencias en materia de servicios sociales a los municipios (Arias, 2014). Así,

<sup>6</sup> Compendio de las opiniones de las diferentes organizaciones: <http://www.bundestag.de/ausschuesse18/a14/anhoerungen/stellungnahmen-psg3/474280>

por ejemplo, la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía define la gestión de los servicios sociales comunitarios como competencia propia de los municipios.

El gasto municipal supone el 12% del gasto público. Los municipios destinan el 40% de sus fondos a los servicios públicos básicos, el 11% a los servicios sociales y el 18% a la sanidad, educación, cultura y deportes (Villar, 2014). En 2015 la gestión local de los servicios sociales supuso un gasto de 5.300 millones de euros, los municipios financian 3.834 millones y las CCAA otros 1.461 millones. Esto supone un recorte del 16% frente a la legislatura anterior (Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España, 2016).

Los municipios generan aproximadamente la mitad de sus recursos a través de impuestos propios si bien, al igual que en el caso alemán muchos de ellos no cuentan por su tamaño con la “*masa crítica*” (Pedraja y Pandiello 2015) necesaria para garantizar la provisión de servicios adecuados. Pedraja y Pandiello (2015) identifican diversas disfunciones en la gestión municipal: su enorme vulnerabilidad a la influencia de grupos de presión, la disparidad de realidades locales que ha redundado en una enorme diversidad de servicios, las duplicidades competenciales, la falta de un sistema de financiación adecuado para que los municipios realmente puedan proveer los servicios que demanda la ciudadanía y, por último, el papel de las diputaciones, instituciones que adolecen de una falta de legitimación democrática. El modelo de financiación que se ha ido creando en estos

años claramente infrafinancia a los municipios y además se caracteriza por su falta de transparencia, lo que ha llevado a muchos municipios a caer en lo que Bosch y Suárez califican de “*fiscal illusion*” (2015: 56) En cuanto a la asunción de competencias, muchos municipios asumieron por la vía de los hechos competencias que en realidad estaban localizadas en el ámbito de las comunidades autónomas (Pedraja y Pandiello, 2015).

### **3.1. Los municipios y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en España.**

Los Estatutos de Autonomía, la Ley reguladora de las Bases del Régimen Local y las diferentes Leyes de Servicios Sociales de las CCAA designan a los Municipios como responsables de los Servicios Sociales. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención de las personas en situación de dependencia contempla la participación de los municipios en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia. Además, el artículo 12 prevé que puedan “*participar en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la forma y condiciones que el propio Consejo disponga*”.

La realidad de las CCAA difiere considerablemente tanto en sus opciones de colaboración, la amplitud de las competencias, el fomento de Mancomunidades y la posibilidad de que los propios municipios puedan establecer carteras de servicios (Fundación Caser, 2015). En lo relativo a los servicios de ayuda a domicilio (SAD) los municipios

pueden, si así lo establece la propia normativa de la CCAA, determinar la forma de gestión (directa, indirecta, a través de entidades de derecho público o del sector empresarial). Esta normativa suele regular la posibilidad de firmar convenios entre la Consejería competente y los entes locales. A diferencia de lo detallado para el caso alemán, en España, *“las Corporaciones Locales en su ámbito territorial disponen de las funciones de información, valoración, diagnóstico, prescripción, coordinación, supervisión, planificación y evaluación, así como el personal que las desarrolle, dentro del marco de la planificación autonómica”*. (Fundación Caser, 2015).

El papel de las Diputaciones ha sido determinante para garantizar la provisión adecuada de servicios en los municipios con menos de 20.000 habitantes, sin embargo, han perdido en importancia en la medida en que se han ido implementando las Mancomunidades de Municipios.

Como señala la Fundación Caser (2015) resulta difícil identificar una característica de las mancomunidades ya que las diferencias son considerables debido a las divergencias entre la legislación estatal y la de las comunidades autónomas, siendo especialmente activas las del País Vasco y Cataluña.

La Fundación Caser (2015) señala que todas las Diputaciones asumen las siguientes tareas:

- Ofrecen información sobre los SAD,
- Firman convenios de colaboración con las CCAA y con los municipios,

- Redactan pliegos para la contratación del SAD para municipios pequeños,
- Coordinan las instituciones y las empresas privadas,
- Mantienen la comunicación con las empresas proveedoras y
- Garantizan la provisión homogénea en la gestión y prestación del SAD.

### **3.2. LA LEY 27/2013, DE 27 DE DICIEMBRE, DE RACIONALIZACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL (LRSAL) EN ESPAÑA.**

La Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local (LRSAL) pretende ajustar la administración local a la situación de crisis y modifica sustancialmente la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases del Régimen Local (LBRL) y el Texto Refundido de la Ley de Haciendas Locales. La Exposición de Motivos detalla los objetivos de LRSAL (Montoya, 2014):

- clarificar las competencias municipales para eliminar posibles duplicidades,
- racionalizar la estructura organizativa aplicando los principios de la eficiencia, estabilidad y sostenibilidad,
- control financiero y presupuestario y
- favorecer la iniciativa privada.

En líneas generales, la LRSAL pretende poner orden en un sistema de financiación desajustado, detallando un listado de materias en su artículo 25.2 que se supone son las que deberán asumir los municipios, condicionando la delegación de otras competencias desde las CCAA a los municipios a diversos requisitos e introduciendo principios nuevos y poco pragmáticos como el

de “*una administración, una competencia*” (Navarro y Zafra, 2014).

La LRSAL centraliza las competencias (sanidad, educación y servicios sociales) en las comunidades, desentendiéndose de la financiación de estos servicios. El Gobierno cifra en más de 3.500 millones de euros el ahorro que generará este traspaso de competencias en el período 2014 a 2017, una estimación que parece excesivamente optimista (Pedraja y Pandiello, 2015), sobre todo teniendo que, según el Informe del ministro de Hacienda y Administraciones Públicas, el ahorro neto total de 7.129 millones de euros.

El papel de las diputaciones se ve reforzado por la LRSAL dado que asumen un papel supramunicipal de coordinación e incluso de prestación de servicios para los municipios de menos de 20.000 habitantes, el 96,19 % del total. Las Diputaciones tienen como competencias propias de acuerdo al artículo 36 de la LRBR la coordinación de los servicios municipales entre sí, la provisión de servicios supramunicipales y el seguimiento de los costes efectivos. La LRSAL determina como competencias propias de las Diputaciones el fomento o la coordinación de la prestación unificada, la contratación centralizada en los municipios con menos de 20.000 habitantes y el seguimiento de los costes. Un mayor protagonismo de las Diputaciones encierra el riesgo de que se pierda el efecto legitimador de la prestación de cercanía de los servicios públicos. “*Si se priva a los ayuntamientos del ejercicio de sus competencias, las elecciones carecerán de sentido ya que, mientras la Diputación ejerce las competencias, los*

*municipios pasan el examen de las elecciones y cobran los impuestos. Será entonces imposible que se produzcan ganancias en eficiencia por ajustes con las preferencias de los ciudadanos en la prestación de los servicios.*” (Pedraja y Pandiello, 2015). Esta asunción de funciones por las Diputaciones “*desnaturaliza*” (Villar, 2014) lo municipal y confunde lo provincial con lo local, si bien, como hemos visto en el apartado anterior, las Diputaciones ya asumen funciones similares en el ámbito del SAAD.

En lo relativo a las competencias, la LRSAL distingue entre las **propias** (art. 7.1. y 25 LRBL), las **delegadas** (art. 27 LRBL) y las **distintas de las propias y delegadas**. Además, suprime las **actividades complementarias** reguladas por el artículo 28 de la LRB.

En el listado de **competencias propias**, la prestación de servicios sociales pasa de “*prestación de servicios sociales, promoción y rehabilitación*” (antiguo artículo 25.2.k LRBL) a “*evaluación e informe de situaciones de necesidad social y atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social*” (actual artículo 25.2.e LRBL) en las poblaciones de más de 20.000 habitantes. La nueva redacción de este artículo es una “*clara muestra de los tintes limitadores de la reforma respecto a la asunción competencial municipal (...) y permite poner en cuestión si, tras la aprobación de esta norma, el precepto continúa encerrando una cláusula general de competencia municipal, esto es, si el ayuntamiento puede satisfacer el interés general de los vecinos, en todos aquellos ámbitos de actuación que no están reservados a otra*

*Administración*". (Arias 2014: 386).

Son **competencias delegadas** de acuerdo al artículo 27 de la LRBRL las que el Estado o las CCAA trasladan a los municipios a través de un convenio, están sujetas a reglas, a técnicas de control y supervisión y cuya financiación esté garantizada (Fundación Caser, 2015). El artículo 27.3 de la LRBRL recoge las competencias en las que el Estado y las CCAA pueden delegar en los municipios entre los que están la *"prestación de los servicios sociales, promoción de la igualdad de oportunidades y la prevención de la violencia contra la mujer"*, posibilidad prevista también por la disposición transitoria segunda de la LRSAL. La delegación es la vía para el *"restablecimiento del nivel competencial"* (Santamaría, 2014) pero solo podrá efectuarse si viene acompañada de la financiación, mejora la eficiencia de la gestión pública, elimina duplicidades y se ajusta a los criterios de estabilidad presupuestaria y estabilidad financiera. Esto supone una ruptura con el espíritu que hasta entonces había regulado la delegación, que era siempre y cuando supusiera una mejora de la *"eficacia de la gestión pública"* y de la *"participación ciudadana"*. Por lo tanto, después de la reforma en las delegaciones los *"objetivos de estabilidad presupuestaria y la sostenibilidad financiera se sobreponen al interés local, la participación vecinal y la eficacia en la gestión."* (Arias, 2014). Pero es que, además, en caso de producirse la delegación, la titularidad de los servicios ya no será municipal, sino que pasaría a ser de las CCAA. Aymerich (2014) señala que los efectos inmediatos serían dos: la pérdida de la autonomía local y un recorte del gasto social.

**Las competencias distintas de las propias y de las delegadas** están reguladas por el artículo 27 de la LRBRL y están supeditadas a que no pongan en peligro la estabilidad financiera municipal y que no exista una duplicidad. Según el informe de la Fundación Caser (2015) los municipios podrán desarrollar servicios distintos a los ajenos por la vía de la delegación o asumiendo competencias distintas a las propias y a las delegadas. Para ello deberían cumplir con lo establecido por el artículo 7.4 de la LRBRL, promoviendo un expediente al que habrá que adjuntar un informe competente para la financiación y otro del organismo competente de la materia, en este caso la Consejería correspondiente.

Por último, la **disposición transitoria segunda de la LRSAL** transfiere a las CCAA las competencias en materia de servicios sociales con fecha 31 de diciembre de 2015, quedando en suspenso si el traspaso realmente se podía producir en dicho plazo a la vista de los cambios sustanciales que debía hacerse en diversas normativas.

Desde hace tiempo la competencia del Estado para regular las competencias municipales p.ej. en materia de servicios sociales ha sido motivo de debate y de una jurisprudencia constitucional con un *"sentido claramente recentralizador"* (Aymerich, 2014). Incluso el Informe del Consejo de Estado sobre el anteproyecto de la LRSAL da por bueno que el legislador estatal pueda establecer máximos competenciales *"pues siempre que respete el núcleo básico e intangible que define la autonomía local como tal, puede en el ejercicio de dicha competencia ampliar o estrechar la esfera"*

de actuación de las Corporaciones Locales. (...) Puede éste, en definitiva, efectuar una redefinición del ámbito competencial municipal, por más que ello obligue al legislador autonómico a introducir en su ordenamiento los ajustes necesarios.” Según señala Aymerich (2014) este criterio del Consejo de Estado fue decisivo para que el traslado del conjunto de competencias a las CCAA se mantuviera en texto.

La LRSAL sustituye el principio de “*máxima proximidad de la gestión administrativa a los ciudadanos*” por el “*principio de proximidad*”, el artículo 25.1 de la LRBL reformado reduce considerablemente el margen de actuación de los municipios que ya solo podrán prestar las “*actividades y prestar los servicios públicos que contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal en los términos previstos en este artículo*” y no ya de “*toda clase*” como decía en su redacción anterior a la reforma.

Limita considerablemente la libertad de elección del modelo de gestión previsto por el artículo 30 del Reglamento de Servicios a las Corporaciones Locales, que pasa a regirse por el principio del “*modo de gestión más sostenible y eficiente*” (Villar, 2016). La Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España (2016) afirma que el gasto en riesgo por la LRSAL podría alcanzar los 2.600 millones de euros y señala que Anteproyecto de Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración local suponía “*un grave atentado al municipalismo en nuestro país. El municipalismo es una de las señas de identidad del Sistema Público de los Servicios Sociales por lo*

*que tiene de cercanía y proximidad a la expresión de las necesidades sociales de los ciudadanos y por lo que las comunidades locales y de barrio tienen de ámbito básico de la intervención comunitaria que les son consustanciales.*” (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, 2013).

### 3.3. La oposición a la LRSAL.

La LRSAL fue acogida en sus distintas fases con escepticismo tanto por expertos como por las propias administraciones locales (Boix, 2014). “*La valoración general sobre la reforma administrativa que de este proceso se deduce es, por ello, más bien pobre en sus contenidos y ambiciones, poco original y recentralizadora sin más en cuanto a su orientación política y por todo ello es escasamente satisfactoria desde la perspectiva tanto del ahorro como de la eficiencia*” (Boix, 2014).

Martínez de la Casa (2016) identifica tres ejes de resistencia a esta Ley con sus respectivas ideas fuerza:

| ACTORES DEL CONFLICTO             | ARGUMENTOS DE OPOSICIÓN  |
|-----------------------------------|--|
| Izquierda - derecha               | Recorta competencias, atenta contra la autonomía local, privatiza servicios, será motivo de despidos, es antidemocrática va contra la Carta Europea de Autonomía Local.                                |
| Centro – periferia                | No mejora la situación de los municipios, invade competencias de los Estatutos de Autonomía, abre un proceso de recentralización.  |
| Partido Popular – Partido Popular | Conflicto entre élites del Gobierno Central y de las Comunidades Autónomas. Reafirmación de la primacía de la legislación autonómica en materia local, rechazo a asumir competencias sin financiación. |

Fuente: Martínez de la Casa 2016: 11 s.

La LRSAL planteaba serias dificultades para su aplicación debido a las dudas interpretativas, la complejidad del régimen transitorio, las diferencias en su aplicación territorial y, por último, el “rechazo generalizado” (Nuñez, 2015) que suscitó.

Como señalan Navarro y Zafra (2014) diversas comunidades autónomas inmediatamente blindaron las competencias municipales a través de normas de diverso rango (Carbonell, 2014), no reconociendo la capacidad del Estado para limitarlas, aun dando a entender que estaban de acuerdo en la necesidad de recortarlas (Almeida, 2015). Estas normas mantienen el estatus quo al menos para aquellas competencias que los municipios venían ejerciendo antes de la entrada en vigor de la ley como para aquellas otras que han quedado excluidas del catálogo de competencias propias recogidas por el artículo 25.2. (Carbonell, 2014).

También han optado por esta vía las Comunidades Autónomas gobernadas por el Partido Popular (Martínez de la Casa, 2016). La Junta de Extremadura blindó las entidades locales menores, la Xunta de Galicia aprobó la Ley 5/2014, de 27 de mayo, de medidas urgentes derivadas de la entrada en vigor de la Ley 27/2013, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local que tiene como objetivo evitar tener que asumir competencias derivadas a los municipios. La Ley 1/2014, de Adaptación del Régimen Local de la Comunidad de Madrid a la Ley 27/2013, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local supedita esa asunción de competencias a la aprobación de un nuevo sistema de financiación.

La segunda vía para frenar la aplicación de la LRSAL fue la presentación de recursos contra la reforma al Tribunal Constitucional, que admitió los presentados por los

Gobiernos de Andalucía, Cataluña, Canarias y Asturias así como los presentados por los Parlamentos de Extremadura, Cataluña, Andalucía y Navarra así como el recurso conjunto de 130 diputados y diputadas de Izquierda Plural, PSOE, Grupo Mixto y UPyD y, por último el de cerca de 3.000 Ayuntamientos.<sup>7</sup>

### 3.4. La sentencia de la Tribunal Constitucional.

Navarro y Zafra (2014) advertían de la falta de encaje constitucional de la Ley, criterio que hace suyo Arias (2014) cuando pregunta “¿puede el legislador estatal alterar el reparto competencial Comunidades Autónomas/entes locales en materias, como la asistencia social, de competencia exclusiva autonómica?” (Arias, 2014). Almeida (2015) ponía en duda que, a la vista del reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, la norma más incisiva, la disposición transitoria segunda de la LRSAL podía producir “como mucho, hipotéticamente, una mínima alteración del ámbito competencial de municipios y Administraciones autonómicas en el campo de los servicios sociales.” (Almeida, 2014).

El 8 de marzo de 2016 el Tribunal Constitucional dictó una sentencia estimando parcialmente el recurso de inconstitucionalidad presentado por la Asamblea de Extremadura contra la LRSAL. Anula la disposición transitoria 2ª de la LRSAL que imponía a las Comunidades Autónomas la obligación de asumir las competencias de municipales en materia de servicios sociales.

Los servicios de asistencia social y aten-

ción primaria a la salud, explica el Tribunal, son competencias de las Comunidades Autónomas que “el nivel municipal venía prestando porque así lo decidieron (o permitieron) las Comunidades Autónomas (al amparo de los Estatutos) o el Estado” (en aplicación del art. 149.1.18 CE), o, simplemente, porque fueron desarrollados de hecho por los Ayuntamientos”. El Tribunal determina que “El Estado solo podrá atribuir competencias locales específicas, o prohibir que éstas se desarrollen en el nivel local, cuando tenga la competencia en la materia o sector de que se trate. En materias de competencia autonómica, solo las Comunidades Autónomas pueden atribuir competencias locales o prohibir que el nivel local las desarrolle; sujetándose en todo caso a las exigencias derivadas de la Constitución (singularmente, arts. 103.1, 135, 137, 140 y 141 CE), las bases del régimen local ex art. 149.1.18 CE y, en su caso, los Estatutos de Autonomía. Ciertamente, las bases pueden llegar a prefigurar específicamente el poder local en materias de competencia autonómica, pero, de acuerdo con lo razonado en el fundamento jurídico 9 de esta Sentencia, solo para garantizar un núcleo homogéneo de derechos prestacionales del vecino; o para atribuir directamente competencias locales, si ello no supone -un obstáculo a las competencias que corresponden a las Comunidades Autónomas (STC 214/1989, FJ 12).”

El TC considera por ello que, entre otras la disposición adicional 2ª ha “superado el ámbito que la Constitución asigna a una regulación básica sobre atribuciones locales (art. 149.1.18 CE) y, con ello, han invadido

<sup>7</sup> El País del 17.8.2014 [http://politica.elpais.com/politica/2014/08/17/actualidad/1408304126\\_035627.html](http://politica.elpais.com/politica/2014/08/17/actualidad/1408304126_035627.html)

*las competencias autonómicas de asistencia social y sanidad, recogidas en los apartados 24 y 27, respectivamente, del art. 9 del Estatuto de Autonomía de Extremadura”.*

### 3.5. Los motivos de la reforma.

Como señalan Pedraja y Pandiello (2015), remitiendo al texto ya clásico de Peacock y Wiseman (1961), esta reformulación de las reglas del juego institucional y la recentralización son el resultado de la crisis económica, algunos autores incluso hablan de un “derecho de la crisis” (Villar, 2016). La LRSAL da continuidad a una serie de medidas encaminadas a racionalizar la administración (Montoya, 2014) que arrancan con el Plan de Estabilidad y Crecimiento 2010 – 2013, aprobado por el Consejo de Ministros de 29 de enero de 2010, sustanciado en la reforma del artículo 135 de la CE en 2011 y la consiguiente incorporación de las reglas (estabilidad presupuestaria, sostenibilidad financiera y regla de gasto) en la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (LOEPSF) y en el Informe de la Comisión para la Reforma de las Administraciones Públicas (Informe CORA) (Nuñez, 2015). La LRSAL es un ejemplo más del “efecto que sobre el orden constitucional está propiciando ya la introducción en este del nuevo artículo 135, en el contexto de la crisis económica que nos azota y los consecuentes apuros económicos-financieros del Estado en su conjunto, que (...) parece poder librarse del papel de asunción de los desarreglos y desauferos de dicho sistema gracias al traslado forzoso de sus consecuencias a la ciudadanía llana.” (Parejo, 2014).

Se trata de una medida encuadrada en un programa de actuación “*impuesto por compromisos políticos y obligaciones jurídicas contraídas con Europa, constitucionalmente integradas en nuestro ordenamiento, al menos en lo referido a la necesidad de contener el gasto público y el déficit y de mejorar la eficiencia administrativa.*” (Navarro y Zafra). Y, como señala el Consejo General de Trabajo Social “*La concepción economista del anteproyecto aleja a los servicios sociales de las concepciones garantistas del estado del bienestar que se habían conseguido alcanzar en España y regresan a formas benéficas y asistencialistas.*” (Consejo General de Trabajo Social, 2013).

Pero cabe preguntarse si la LRSAL realmente responde a la necesidad de contener el gasto de los municipios, ya que su contribución a la deuda pública en el momento de aprobarse la Ley era solamente del 4,6% sobre el conjunto, y la mayor parte de la deuda correspondía a las grandes ciudades. Además, en el período 2013 a 2015 estaba previsto que el conjunto de los municipios tuviera un déficit del 0% (Villar, 2014). Como señala Núñez (2015) para legitimar la LRSAL los promotores de la Ley remiten a un informe del Instituto de Estudios Fiscales no publicado y que maneja datos no contrastables y altamente cuestionables.

La reforma refleja una profunda desconfianza hacia las administraciones locales y regionales, motivos que tienen que ver con “*los equilibrios institucionales básicos del Estado constitucional*” (Villar, 2014), y “*merman la autonomía local en su vertiente competencial*” (Arias, 2014).

Una de las finalidades explícitas de la LRSAL es la de abrir este ámbito a la empresa privada, tal como sucedió con Ley de Dependencia. *“En este punto la LRSAL atiende a las demandas de un sector empresarial, que supo anticiparse y sacar partido de las oportunidades de negocio de la Ley de Dependencia y que ahora procura nuevos campos para expandirse y más recursos públicos para compensar las pérdidas provocadas por la crisis.”* (Aymerich, 2014). Una de las intenciones de la LRSAL sería la de crear *“mercados de ámbito provincial para la prestación de muchos servicios públicos.”* (Boix, 2014). Precisamente en el ámbito de SAAD hay que poner en cuestión el que una privatización de los servicios garantiza una mejora de la atención. *“La evidencia parece apuntar en sentido contrario, al indicar que la planificación privada de la protección social privilegia las actividades más rentables y más caras – atención residencial – en detrimento de otras como la atención a domicilio que siendo más intensivas en empleo y respondiendo mejor a las demandas de los usuarios (que, en general, quieren permanecer en su entorno familiar y social), resultan además menos costosas.”* (Aymerich, 2014).

Si bien, como señala Almeida (2014), el recorte de las competencias municipales en materia de los servicios sociales no parece haber prosperado de iure, si es posible que lo haga de facto *“en la medida en la que parece probable que no pocas Comunidades Autónomas, a través de sus futuras normas en materia de educación, salud, sanidad y servicios sociales, termine asumiendo como propios los fundamentos y postulados de esta última modificación de la LBRL”* (Almeida, 2015).

#### 4. CONCLUSIONES.

Los procesos de re- y desmunicipalización descritos en este artículo reflejan la complejidad de las reformas de sistemas de Bienestar Social como el alemán y el español, basados en un reparto del poder específico entre los diferentes actores. En cierta manera ésta y otras reformas retratan la capacidad de veto y de bloqueo que el sistema concede a diversos actores, creando una asimetría de poder. En Alemania los municipios son actores débiles frente a los seguros de cuidados, en España el nivel regional y el estatal tienen una capacidad de maniobra mucho mayor.

El reparto territorial de las competencias en la gobernanza es uno de los temas emergentes en el análisis de los sistemas sociales por la creciente conciencia de que un desequilibrio en la estructura interna puede generar desigualdades territoriales en el acceso y mermar considerablemente la capacidad del sistema en su conjunto para prestar los servicios que la ciudadanía reclama. En caso de prescindir de alguno de los actores centrales, pueden darse desajustes entre la oferta y estructura de los servicios y la demanda por parte de las personas que requieren cuidados y/o de sus familiares. Pero el diseño del reparto de competencias en las políticas sociales no es nunca un mero ejercicio técnico. Siempre refleja la relación de fuerzas entre actores políticos, que a veces representan modelos antagónicos o al menos diferentes de cómo debe ser el Estado de Bienestar.

Pero las políticas municipales no tienen que ser las más eficaces en todos los

ámbitos. Son especialmente adecuadas si se trata de ajustar las políticas sociales a las realidades locales y legitimar dichas políticas involucrando a las personas afectadas en su diseño, pero encierran el riesgo de acentuar las diferencias regionales. Las políticas municipales son sumamente dispares tanto en su contenido, como en la voluntad política que las orienta y en su margen financiero para desarrollar políticas. Además, pueden responder a motivaciones muy diferentes y posiblemente contradictorias, como la de imponer una moderación del gasto de los CLD y la de mejorar la atención y los cuidados movilizando el potencial de la sociedad civil local, la empresa privada, las instituciones y el Tercer Sector. Apostar por la municipalización supone enfrentarse al reto de consensuar parámetros unitarios para las políticas municipales que mantengan la autonomía local, fomenten la diversidad de políticas y experiencias pero que también sirvan de marco común para evitar diferencias territoriales en la intensidad de los servicios sociales que se ofrecen a los ciudadanos, en los criterios de acceso y en la calidad de los mismos.

La municipalización de los servicios sociales podría ser un instrumento para recalibrar la infraestructura de los CLD y crear un contrapeso al mercado, ajustando la oferta de servicios a las necesidades reales, centrandose su diseño en los espacios sociales y creando sinergias y redes con todos los proveedores de servicios (formales e informales, empresas, voluntariado, ONGs, instituciones). La remunicipalización abre el ámbito de los CLD a un sinfín de actores locales, marginados por el sistema actual. Implica la creación de espacios colaborati-

vos y podría ser la alternativa a un modelo que apuesta por una coordinación vertical y jerarquizada entre los diferentes niveles administrativos y actores y que, en casos como el español, se caracteriza por una enorme deslealtad de algunas instituciones con el sistema en su conjunto, pero sobre todo con la ciudadanía, que es la que en definitiva sufre estas políticas.

La disfuncionalidad de los CLD en Alemania fue uno de los motivos para plantear la necesidad de volver a anclar en lo local la planificación, el diseño e incluso la provisión de los servicios. A los pocos años de ponerse en marcha el seguro público de cuidados ha quedado claro que el mercado como ente regulador no garantiza una atención de cercanía e integral, cuyo objetivo principal sea lograr la autonomía de las personas con una necesidad de CLD. Pero el empuje inicial del debate ha perdido su fuerza y la reforma impulsada en esta legislatura solo ha sido de corto alcance, quedando muy por detrás de lo que exigían los principales actores. Se han impuesto los actores contrarios a dar a los municipios mayores competencias, en especial el sector empresarial y los seguros de CLD.

El caso español es bien diferente. El Gobierno legitimó el intento de recalibrar el reparto de competencias en materia de servicios sociales a través de la LRSAL remitiéndose a la insuficiente financiación de los entes locales, a supuestos desajustes y duplicidades competenciales. La Ley se topó con un considerable rechazo que logró formar una masa crítica suficiente para frenarla, pero demasiado débil para plantear una alternativa a un modelo de

servicios sociales municipales deficitario y con enormes disparidades regionales.

## 5. BIBLIOGRAFÍA.

Almeida Cerredá, M. (2015) El impacto de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, en la distribución de competencias en materia de educación, salud, sanidad y servicios sociales, *Revista d'Estudis Autònòmics i Federals* (REAF), 22, 219 – 263.

Almonacid Lamelas, V. (2014) Balance de los primeros meses tras la LRSAL: ir “pa ná”... <https://nosoloaytos.wordpress.com/2014/04/11/balance-de-los-primeros-meses-tras-la-lrsal-ir-pa-na/>

Arias Martínez, M. A. (2014) Las competencias locales en materia de Servicios Sociales tras la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local, *Revista de Administración Pública*, 194, 373 – 410.

Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España (2013) *El valor de la proximidad*, Madrid: Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España.

Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España (2016) *El gasto local en Servicios Sociales y la amenaza e incertidumbre de la reforma local*, nota de prensa de enero de 2016. <http://www.directoressociales.com/prensa/379-el-gasto-local-en-servicios-sociales-y-la-amenaza-e-incertidumbre-de-la-reforma-local-un-avance-del-índice-dec-2015-que-se-presentará-a-finales-de-enero-2016.html>

Aumüller, J.; Daphi, P.; Biesenkamp, C. (2016) *Die Aufnahme von Flüchtlingen in den Bundesländern und Kommunen*, Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Aurich-Berheide, P.; Catalano, S.; Graziano, P.; Zimmermann, K. (2015) Stakeholder participation and policy integration in local social employment policies: Germany and Italy compared, *Journal of European Social Policy*, vol. 25 (4), 379 – 392.

Aymerich Cano, C. (2014) Los servicios sociales tras la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la administración local (LRSAL), *Revista Andaluza de Administración Pública*, 88, 333 – 365.

Backes, G. M.; Amrhein, L. (2011) Kommunale Alten- und Seniorenpolitik, en Dahme, H.-J.; Wohlfahrt, N. (eds.) *Handbuch Kommunale Sozialpolitik*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 243 – 253.

Benz, B.; Huster, E.-U.; Schütte, J.; Boeckh, J. (2015) Sozialpolitische Akteure und Prozesse im Mehrebenensystem. <http://www.bpb.de/izpb/214366/sozialpolitische-akteure-und-prozesse-im-mehrebenensystem?p=all>

Bertelsmann Stiftung (2016) *Demographie konkret – Pflege kommunal gestalten*, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Bode, I.; Chartrand, S. (2011) *Home care provision in Germany. The state of things and recent developments*, Kassel: Universität Kassel.

Boix Palop, A. (2014) Sentido y orientación de la Ley 27/2013 de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local: autonomía local, recentralización y provisión de servicios públicos locales, *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica* (REALA), 2.

Bosch Roca, N.; Suárez Pandiello, J. (2015) Politics and Finance in Spanish Municipalities, *Hacienda Pública Española / Review of Public Economics*, 212, 51 – 66.

Bundesamt für Statistik (2014) Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe: Deutschland. [https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=5F8D26C840864CAC1AC8FD3B15F8A337.tomcat\\_GO\\_2\\_2?operation=previous&levelindex=2&levelid=1389348180346&step=2](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=5F8D26C840864CAC1AC8FD3B15F8A337.tomcat_GO_2_2?operation=previous&levelindex=2&levelid=1389348180346&step=2)

Bundesrat (2015) Drucksache 354/1/15 Empfehlungen der Ausschüsse zu Punkter 936. Sitzung des Bundesrates am 25. September 2015, Berlin: Bundesrat.

Bundesregierung (2004) *Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*, Berlin.

Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände (2015) *Sozialraumorientierte Pflege stärken durch wirkungsvolle Einbeziehung der Kommunen*, Berlin. Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen (2015) *Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf)

Campbell, J.; Ikegami, N.; Gori, C./ Barbabella, F.; Chomik, R.; D'Amico, F.; Holder, H.; Ishibashi, T.; Johansson, L.; Ring, M.; Theobald, H. (2016): How different countries allocate long-term care resources to older users: a comparative snapshot, en: Fernandez, J-L./, Gori, C. (eds.). *Long-Term Care Reforms In OECD Countries: Successes and Failures*, Bristol: Policy Press, 47-76.

Carbonell Porrás, E. (2014) Sobre la reforma local y las competencias municipales propias, *Revista Vasca de Administración Pública*, núm. especial 99 – 100, 765 – 781.

Comisión Europea (2016a) Urban agenda for the EU. Pact of Amsterdam, Bruselas, Comisión Europea. [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/policy/themes/urban-development/agenda/pact-of-amsterdam.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/policy/themes/urban-development/agenda/pact-of-amsterdam.pdf)

Comisión Europea (2016b) *Die Städteagenda für die EU: Die europäischen Städte erhalten Mitspracherecht bei der Politikgestaltung der EU*, nota de prensa del 30.5.2016. [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-16-1924\\_de.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-16-1924_de.htm)

Consejo General de Trabajo Social (2013) *El Trabajo Social ante la reforma de la Administración Local*, Madrid: Consejo General de Trabajo Social.

Deutscher Bundestag (2009) *Ley Fundamental de la República Federal de Alemania*. Berlín: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2016a) *Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*, Berlín: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2016b) *Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen*, 18/9668, Berlín: Deutscher Bundestag.

Deutscher Landkreistag (2010) *Unterstützung und Hilfe im Alter. Themenpapier des Deutschen Landkreistages*, Berlín: Deutscher Landkreistag.

Deutscher Städte- und Gemeindebund (2016) *Kommunale Senioren- und Pflegepolitik*, Berlín: Deutscher Städte- und Gemeindebund.

Deutscher Städtetag (2015a): *Deutscher Städtetag zu Ergebnissen der Bund-Länder-AG. Pflegebedürftige Menschen besser versorgen – Rolle der Kommunen in der Pflege stärken*, nota de prensa del 12.5.2015.

Deutscher Städtetag (2015b) *Für eine echte Stärkung der Kommunen in der Pflege. Positionspapier des Deutschen Städtetages*, Berlín: Deutscher Städtetag.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2006) *Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung*, Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.

Die Grünen (2016): *Pflegestärkungsgesetz III. Kommunen und Pflegebedürftigkeit*.

Federación Española de Municipios (2016) *El Tribunal Constitucional enmienda la reforma local*, Carta Local, marzo 2016, 7 – 10.

Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) *Las competencias de los ayuntamientos en Materia de Servicios Sociales tras la entrada en vigor de la Ley 27/2013 de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local*, Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias. <http://femp.femp.es/files/3580-836-fichero/LAS%20COMPETENCIAS%20EN%20MATERIA%20DE%20SERVICIOS%20SOCIALES%20TRAS%20LA%20ENTRADA%20EN%20VIGOR%20DE%20LA%20LRSAL.pdf>

FES/KDA, Friedrich-Ebert-Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe (2013) *Gute Pflege vor Ort. WISO-Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik 8/13*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Finn, D. (2000) Welfare to Work: the local dimension, *Journal of European Social Policy*, 10 (1) 43 – 57.

Fundación Caser (2015) *La situación del servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*, Madrid: Fundación Caser.

Gebhardt, D. (2015) *Cities and immigrant citizenship. A comparison of local citizenship policies in Barcelona and Munich*. GRITIM Working Paper Series. Nr. 26, Winter 2015, Barcelona: GRITIM.

GKV Spitzenverband (2015) *Anforderungen an die Rolle der Kommunen in der Pflege. Positionen des GKV-Spitzenverbandes anlässlich der Verhandlungen zwischen Bund und Länder*, Berlin: GKV-Spitzenverband.

Gohde, J. (2013) Herausforderung für das Zusammenleben: In Würde alt werden, *Der Landkreis*, 9, 563 – 565.

Grohs, S. (2015a) Verwalten oder gestalten? – Kommunale Entscheidungsstrukturen und Verwaltungsmodernisierungen in der kommunalen Sozialpolitik, *Sozialer Fortschritt*, 5, 122 – 129.

Grohs, S.; Reiter, R. (2014) *Kommunale Sozialpolitik. Handlungsoptionen bei engen Spielräumen*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Grohs, S.; Schneiders, K.; Heinze, R. G. (2015): Social Entrepreneurship Versus Intrapreneurship in the German Social Welfare State: A Study of Old-Age Care and Youth Services, *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 44 (1), 163 – 180.

Hoberg, R.; Klie, T. (2015): *Strukturreform Pflege und Teilhabe*. Erster Teil: Zwischen Cure und Care, Kommunen und Sozialversicherung, *Sozialer Fortschritt*, 1-2, 27 – 33.

Hoberg, R.; Klie, Th., Künzel, G. (2016a) *Pflege in Sozialräumen. Was muss eine Strukturreform Pflege und Teilhabe leisten?*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Hoberg, R.; Klie, Th., Künzel, G. (2016b): *Stärkung der Kommunen in der Pflege und die Modellkommunen*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.  
[http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/librojornadas\\_paravirbienencasa\\_web\\_miguelmontero.pdf](http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/librojornadas_paravirbienencasa_web_miguelmontero.pdf)

Jørgensen, M. B. (2012) The Diverging Logics of Integration Policy Making at National and City Level, *International Migration Review*, 46 (1), 244-278.

Kazepov, Y. (2008) The subsidiarization of social policies: actors, processes and impacts. Some reflections on the Italian case from a European perspective, *European Societies*, 10 (2), 247 – 273.

Kazepov, Y. (2010) Rescaling Social Policies towards Multilevel Governance in Europe: Some Reflections on Processes at Stake and Actors Involved, en Kazepov, Y. (2010): *Rescaling Social Policies: Towards Multilevel Governance in Europe*, Farnham: Ashgate, 35 – 72.

Kazepov, Y.; Barberis, E. (2011) *Social assistance governance in Europe. Towards a multi-level perspective*, ponencia presentada en “GINI WP6 Workshop, 14 al 15.11.2011, Amberes.

Künzel, S. (2012) The local dimension of active inclusion policy, *Journal of European Social Policy*, 22 (1), 3 – 16.

Marbán Gallego, V. (2011) Los actores sociales en el sistema de dependencia español, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29 (1), 69 – 91.

Martínez de la Casa Rodríguez, E. (2016) Vetos y resistencias en el fracaso de la reforma de la planta local en España, *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica* (REALA), 5, 1 – 18.

Montero Lange, M. (2014) Análisis comparado de los sistemas de cuidados y atención a la dependencia en Alemania y España, *Actas de la Dependencia* 9, 47 – 74. [http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/miguelmontero\\_analisiscomparados\\_web\\_ok.pdf](http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/miguelmontero_analisiscomparados_web_ok.pdf)

Montero Lange, M. (2015) Modalidades de atención domiciliaria a personas en situación de dependencia en Alemania. La gestión de casos, en: *Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de dependencia*, Madrid: Fundación CASER, Fundación Pílares, 35 – 52.

Montero Lange, M. (2016) Kommunale Integrationsstrategien: Entwurf eines Communityzentrierten Ansatzes, en Pfeffer-Hoffmann, Chr. (ed.) *Gestaltung der europäischen Arbeitsmigration. Analysen, Strategien und Praxismethoden*, Berlín: Mensch und Buch Verlag, 36 – 88.

Montero Lange, M. (2017): *Los cuidados de larga duración en Alemania: situación y reforma*, ponencia presentada el 21 de abril de 2017 en el Real Patronato sobre Discapacidad. [http://www.siposo.com/IMG/pdf/ponencia\\_miguel\\_montero-2.pdf](http://www.siposo.com/IMG/pdf/ponencia_miguel_montero-2.pdf)

Montoya Martín, E. (2014) *Ordenación del Sector Público Local después de la LRSAL*, Seminari de Dret Local, Federació de Municipis de Catalunya.

Moreno, L. (2014) Reseña de Michael Keating. Rescaling the European State. The Making of Territory and the Rise of the Meso, *RIS*, 72 (2), 492 – 494.

Naegele, G. (2014) *20 Jahre Verabschiedung der gesetzlichen Pflegeversicherung: eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Nakanishi, M.; Chen, L.-M. (2014) Balancing Long-Term Care in Japan, *Journal of Gerontological Social Work*, 55 (7), 659-672.

Nakanishi, M.; Shimizu, S.; Murai, T.; Yamaoka, A. (2015) “Ageing in Place” Policy in Japan: Association Between the Development of an Integrated Community Care System and the Number of Nursing Home Placements Under the Public Long-Term Care Insurance Among Municipal Governments, *Ageing International*, 40, 248-261.

Navarro Rodríguez, P.; Zafra Victor, M. (2014) El pretendido blindaje autonómico de competencias municipales tras la reforma de la Administración local, *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica* REALA, 2.

Núñez Jiménez, J. M. (2015) La Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local (LRSAL), *Gabilex*, número extraordinario mayo de 2015, 1 – 40.

Pabst, S. (2002) Implementation sozial-politischer Programme im Föderalismus. Pflegepolitischer Wandel in Ländern und Kommunen mit Einführung der Pflegeversicherung, Berlín: Logos Verlag

Parejo Alonso, L. (2014), Algunas reflexiones sobre el impacto de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, 34, 11 – 20.

Peacock, A.; Wiseman, J. (1961) *The Growth of Public Expenditure in the United Kingdom*, Londres: Oxford University Press.

Pedraja Chaparro, F.; Suárez Pandiello, J. (2015) La arquitectura del sistema descentralizado en España: Comunidades autónomas y corporaciones locales, *Papeles de Economía Española*, 143, 15 – 271.

Pfaffenholz, D. (2015) Damit aus Fremden Nachbarn werden, *Pro Alter*, 47 (6), 38 – 41.

Plazek, M. y Schnitger, M. (2015) Kommunale Gestaltungsmöglichkeiten bedürfnisorientierter Altenpflegestrukturen. Vorläufiger Abschlussbericht, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Rodríguez Cabrero, G. (2011) Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea, Cuadernos de Relaciones Laborales, 29 (1), 13 – 42.

Santamaría Pastor, J. A. (2014) El régimen de competencias locales y el dilema de la esfinge, en: Santamaría Pastor, J. A. (coord.) (2014) *La reforma de 2013 del régimen local español*, Madrid; Barcelona: Fundación Democracia y Gobierno Local, 139 – 156.

Schnitger, M., Plazek, M.; Rothe, H.-J. (2016) Pflege kommunal gestalten. Potsdam: Potsdam Centrum für Politik und Management.

Scholten, P. / Penninx, R. (2016) The Multilevel Governance of Migration and Integration, en Garcés-Mascareñas, B. / Penninx, R., *Integration Processes and Policies in Europe. Context, Levels and Actors*, Cham: Springer, 91-108.

Schulz-Nieswandt, F. (2015) Kommunale Daseinsvorsorge und demographische Schrumpfung. Ein Problemaufriss am Beispiel der Gesundheits- und Pflegedienste im Kontext des Wohnens, *Kommunalwirtschaft*, número especial 2015, 16 – 20.

Secretario General del Ayuntamiento de Sevilla (2014) *Informe de 27.5.2014*. <http://www.sevilla.org/ayuntamiento/transparencia/pdf/leydependencia>

Statistisches Bundesamt (2010) *Statistik der Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege*. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013). *Pflegestatistik 2011*. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2015) *Finanzen und Steuern. Personal des öffentlichen Dienstes*. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017) *Kommunale Finanzen 2016 mit einem Überschuss von 5,4 Milliarden Euro*, nota de prensa del 28.3.2017 [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/03/PD17\\_107\\_71137.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/03/PD17_107_71137.html)

Villar Rojas, F. J. (2014): Razones y contradicciones de la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, *La Administración al día*, 18.7.2014. <http://laadministraciondia.inap.es/noticia.asp?id=1503637>

Villar Rojas, F. J. (2016) Implicaciones de los principios de sostenibilidad y estabilidad presupuestaria en los modos de gestión de los servicios públicos locales, *La Administración al día*, 6.5.2016. <http://laadministraciondia.inap.es/noticia.asp?id=1506095>

Zuchandke, A.; Reddermann, S.; Krummaker, S. (2011) Financing Long-Term Care in Germany, en Costa-Font, J. y Courbage, Chr. (eds.)e (2011). *Financing long-term care in Europe. Institutions, markets and models*, New York: Palgrave Macmillan, 214 – 235.

# PAPEL DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

## **MANUEL LÓPEZ MORALES**

Profesor Asociado Universidad de Granada. Adjunct Professor University of Ottawa.  
Vocal de la Junta directiva de la Federación de Asociaciones de Enfermería Co-  
munitaria y Atención Primaria (FAECAP).

## **FRANCISCO CEGRI LOMBARDO**

Enfermero. CAP Sant Martí. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona.  
Vicepresidente de FAECAP.

## SUMARIO

1. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.
2. NECESIDADES DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.
3. LA CUIDADORA FAMILIAR.
4. COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD.
5. ENFERMERÍA COMUNITARIA.
6. ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA.
7. BIBLIOGRAFÍA.

## PALABRAS CLAVE

*Atención Sociosanitaria; Enfermería Familiar y Comunitaria.*

## RESUMEN

La evolución social y demográfica de nuestra sociedad nos empuja a un escenario en el que las necesidades de atención sociosanitaria serán preponderantes en nuestro sistema de cuidados. La atención domiciliar se configura como el mejor entorno donde prestar estos cuidados. Pero los cuidadores familiares que ahora sostienen la principal carga de trabajo no estarán disponibles en los términos actuales.

Se precisan figuras profesionales, de altas capacidades clínicas, que manejen la metodología de gestión de casos y con reconocimiento institucional, para garantizar la calidad de la atención y prevenir las múltiples complicaciones de los procesos crónicos.

Entre las respuestas más exitosas que se han generado en países de nuestro entorno se encuentra el desarrollo de la enfermera de práctica avanzada, figura que tiene su traslación en el marco español con la enfermera especialista en Salud Familiar y Comunitaria. El desarrollo de esta figura es una de las mejores estrategias posibles para afrontar las necesidades de cuidados sociosanitarios en nuestro país.

## KEYWORDS

Public Health Care; Family and Community Nursing.

## ABSTRACT

*The social and demographic evolution of our society forces us towards a scenario in which public health care needs will be preponderant in our care system. Home care has been shaped as the best environment to provide this care. But family caregivers now bear the main workload; they will not be available under current terms. Professional figures are needed with substantial clinical capabilities that can handle case management methodology and with institutional recognition. To ensure care quality and prevent numerous complications in chronic processes.*

*Among the most successful responses generated in countries around us is the development of the advanced practice nurse; a figure that has its equivalent in the Spanish framework with nurses specialising in Family and Community Health. The development of this figure is one of the best strategies possible to meet public health care needs in our country.*

## 1. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud define la atención sociosanitaria como 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 y facilitar su reinserción social.

Asimismo establece que en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine y en cualquier caso comprenderá: los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Son innegables las ventajas de la integración sociosanitaria. Hay muchas iniciativas a nivel internacional. En España, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia supone un avance hacia la prestación conjunta de servicios sanitarios y sociales.

La visión hospitalocéntrica está siempre amenazando la visión globalizadora de la Atención Primaria de Salud (APS). Téngase como ejemplo las palabras del Gerente del Hospital Universitario de Getafe, D. Miguel Ángel Andrés, en el recién celebrado II Encuentro de Directivos de Salud de Madrid (8-9 junio 2017), buscando “hueco” para la hospitalización domiciliaria: “Hay que ver hasta qué nivel de cuidados de las en-

fermedades crónicas complejas tiene que ocuparse la Atención Primaria” y dónde debería empezar a ofrecerse asistencia de tipo hospitalario a domicilio” (Andrés, 2017).

## 2. NECESIDADES DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

Las personas que precisan atención sociosanitaria constituyen una población heterogénea, con una proporción importante de personas ancianas. La esperanza de vida al nacer alcanzó en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) los 80.5 años, situándose a la cabeza Japón, España y Suiza con 82 años. Se espera para 2050 que el 40% de la población española tenga más de 65 años y el 15% más de 80 años (OECD, 2015).

Una vez alcanzados los 65 años, la media de años de vida en condiciones saludables es de 9.5 años, tanto para hombres como para mujeres. Esto significa que muchos de los años adicionales de vida, y particularmente aquellos que las mujeres viven más que los hombres, serán vividos con algún tipo de limitación o discapacidad (OECD, 2015).

Es mucho más probable que las personas con edades avanzadas demanden servicios de cuidados sociales y sanitarios. Hay margen para mejorar los cuidados en Atención Primaria para esta población que presenta con frecuencia más de una enfermedad crónica. Un 1,3% de las personas entre 60 y 64 años tiene demencia. El porcentaje sube al 45% en aquellos que superan los 90 años (OECD, 2015).

La proporción de personas que reciben cuidados sociosanitarios en los países de la OCDE está en 2,3% sobre la población total. En España es de 1,6 % (OECD, 2015). Estos servicios sociosanitarios están fragmentados y son responsabilidad de diferentes administraciones.

De acuerdo a los datos ofrecidos por la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD, 2008), el 8,5% de la población española mayor de 6 años tiene alguna discapacidad que limita su actividad. El 6,7% de la población tiene dificultades para realizar actividades básicas para la vida diaria (ABVD) y el 3,4% precisa de ayuda completa para cubrir alguna de esas actividades (Abellán-Hervás, López Fernández, Santi-Cano, Deudero-Sánchez, & Picardo-García, 2016).

Hasta el 40% de las personas con pluripatología presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% están polimedicados, el 34% presentan dependencia para la realización de las actividades básicas para la vida diaria con un resultado del índice de Barthel (valoración funcional) inferior a 60 (dependencia severa) y el 37% presentan deterioro cognitivo. Además, evidencian la importancia del cuidador principal: más del 60% necesitan ayuda de un cuidador, y el 40% de éstos presentan signos de sobrecarga (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014).

La complejidad de la cronicidad incide en la pérdida de calidad de vida, la espiral de contactos con los servicios de salud, fragmentados y descoordinados, las múltiples situaciones en las que no saben qué hacer.

La complejidad tiene carácter acumulativo: los factores sociales se entremezclan con los clínicos, acumulándose de forma longitudinal en el tiempo y con retroalimentación sinérgica entre éstos (Morilla Herrera, Morales Asencio, Kaknani, & García Mayor, 2016). Estamos ante una población especialmente vulnerable por numerosas razones: medicalización de la vida, comorbilidad, envejecimiento, enfermedades mentales, dependencia, tránsitos frecuentes entre atención primaria y atención hospitalaria, y agotamiento del entorno sociofamiliar (Abellán-Hervás, López Fernández, Santi-Cano, Deudero-Sánchez, & Picardo-García, 2016).

El uso de guías de práctica clínica (GPC) para el abordaje de pacientes con comorbilidad y pluripatología presenta limitaciones. Por un lado, se centran en el manejo de un único problema de salud, ya que suelen estar basadas en ensayos clínicos que sistemáticamente excluyen a pacientes pluripatológicos. Por otro lado, el cumplimiento de la suma de recomendaciones de más de una GPC en un paciente supone una carga de acciones de autocuidado que puede ser inviable para el paciente y su familia (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014).

La carga de morbilidad no solo depende del componente salud, sino también de factores socioeconómicos, culturales, ambientales y de la propia perspectiva de la persona a la hora de asumir su autocuidado, como el conjunto de acciones aprendidas e intencionadas que los individuos realizan para sí mismos con el objeto de regular aquellos factores que afectan a su

desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud y bienestar (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014).

### 3. LA CUIDADORA FAMILIAR.

La mayor parte del tiempo de cuidado se realiza en el domicilio, por las mujeres más cercanas al paciente y sin el apoyo del sistema sanitario (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014) (Pinzón Pulido, y otros, 2016).

España es, de entre los países de la OCDE, uno de los países que presenta una mayor intensidad de cuidados familiares, junto con Eslovenia e Israel. La intensidad de cuidado está directamente asociado con el abandono del empleo, incremento de la tasa de pobreza y aumento de la prevalencia de problemas de salud mental (OECD, 2015).

En los países de la OCDE, 2013, el 14,7% de la población mayor de 50 años presta cuidados a algún familiar. En España, el 13,5%. Esta fuerza de cuidado familiar se verá mermada en los años venideros debido a la disminución del tamaño de las familias, el incremento de la movilidad geográfica y el aumento de la proporción de mujeres que ingresan en el mercado laboral. En el futuro inmediato habrá menos personas disponibles para ofrecer cuidados. Ello tendrá dos consecuencias: aquellos que sí lo hagan tendrán que hacerlo más intensamente; y por otra parte, habrá una mayor demanda de cuidados institucionales sociosanitarios (OECD, 2015).

La persona y su entorno familiar tienen una capacidad finita para satisfacer las necesidades de autocuidado. Cuando esa capacidad es excedida por la carga de trabajo, se disminuye su adherencia al plan terapéutico y la gestión de su autocuidado se vuelve ineficiente (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014).

Conciliar la propia vida familiar y personal (incluido el desarrollo personal, la formación, el ocio y el descanso) también entraña complejidad. En esta situación las horas de atención que precisa la persona cuidada son un factor fundamental a considerar. Cuanto más intenso es el cuidado, menor posibilidad tiene el cuidador de llevar a cabo otras actividades (Morilla Herrera, Morales Asencio, Kaknani, & García Mayor, 2016). El cuidado familiar es un acontecimiento vital estresante, llegando incluso a presentar niveles mayores de estrés en los cuidadores que en los propios enfermos (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014).

La Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, especifica, en relación a las intervenciones con las personas cuidadoras, que no deben limitarse al desarrollo de actividades de adiestramiento sobre los cuidados de la persona dependiente, sino que han de incluir aspectos relacionados con la atención al propio cuidador, abordando sus problemas y previniendo situaciones patológicas y el riesgo de claudicación (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2012).

Los principales diagnósticos enfermeros registrados para con estos pacientes son: la gestión ineficaz de la propia salud, los conocimientos deficientes, el afrontamiento ineficaz, la baja autoestima situacional y las situaciones de déficit de autocuidado. Entre los familiares, los más frecuentemente diagnosticados son: el cansancio en el desempeño del rol de cuidador y el afrontamiento familiar comprometido (Rico Blázquez, Sánchez Gómez, & Fuentelsaz Gallego, 2014).

#### 4. COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD.

Hay una serie de recomendaciones que sistemáticamente se reiteran en todas las estrategias de mejora de la atención a la cronicidad y a los pacientes mayores: la coordinación entre niveles, los cuidados compartidos, la potenciación del papel de enfermería, la integración sociosanitaria, la AP como referente en el discurrir asistencial de los pacientes, etc. Pero ese consenso no deja de ser más que teórico. En la práctica real hay poca experiencia (Corrales-Nevado & Palomo-Cobos, 2014) (Molina Fernández, González Riera, Montero Bancalero, & Gómez Salgado, 2016).

La continuidad asistencial es una característica fundamental de la Atención Primaria de Salud que está intrínsecamente relacionada con la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes y se traduce en la reducción de reingresos hospitalarios. La gestión compartida de casos se plantea como la metodología que articula el abordaje conjunto e integral sociosanitario (Corrales Nevado, Alonso Babarro, & Rodríguez Lozano, 2012).

La coordinación de servicios sociales y sanitarios debe contribuir especialmente a: la prevención y atención de condiciones de salud que pueden deteriorar la situación social; la prevención y atención de las condiciones sociales que pueden deteriorar la salud; la prevención y atención de las situaciones de dependencia y fragilidad, así como la potenciación de las capacidades personales y sociales para alcanzar el bienestar y afrontar la vida cotidiana, con independencia de la edad o la discapacidad (Pinzón Pulido, y otros, 2016) (Molina Fernández, González Riera, Montero Bancalero, & Gómez Salgado, 2016).

Las distintas culturas profesionales, la falta de objetivos comunes, la falta de presupuestos conjuntos y las diferencias respecto a la financiación de la atención sanitaria y los servicios sociales son barreras para la coordinación efectiva. Barreras que pueden superarse si se realiza formación cruzada, se definen las competencias profesionales, se trabaja con instrumentos de valoración y sistemas de información comunes, y enfocados siempre hacia la persona como centro de la atención. Los profesionales han de ser interdisciplinarios y de base comunitaria (APS y servicios sociales comunitarios) (Pinzón Pulido, y otros, 2016) (Molina Fernández, González Riera, Montero Bancalero, & Gómez Salgado, 2016).

En España, las iniciativas de coordinación o de integración sociosanitaria relacionadas con la provisión de servicios han sido desarrolladas en su mayoría por el sector privado sin ánimo de lucro (Pinzón Pulido, y otros, 2016). En 2013, la media del gasto público en servicios sociosanitarios de

los países de la OCDE era del 1.7 del PIB. En España sólo alcanzaba el 0.7% (OECD, 2015).

Se hace necesario potenciar en España las políticas sociosanitarias para que caminen en la dirección más adecuada, centrandolo la atención verdaderamente en las personas y tomando decisiones que fomenten la normalización de modelos de coordinación, que se continúen hacia la integración y la garantía de la continuidad de los cuidados para responder de manera efectiva a las necesidades reales de las personas en situación de cronicidad compleja (Morilla Herrera, Morales Asencio, Kaknani, & García Mayor, 2016).

## 5. ENFERMERÍA COMUNITARIA.

La fragilidad de las personas que presentan pluripatología o comorbilidad asociada hacen que este colectivo sea de especial interés para las enfermeras comunitarias, que son las profesionales que aportan la visión integral y holística necesaria para no atomizar la atención sociosanitaria que se les presta (Corrales-Nevado & Palomo-Cobos, 2014).

La gama de servicios clínico-asistenciales de la enfermería de atención primaria podría ser muy amplia, pero su agenda en el ámbito de los cuidados domiciliarios sigue ligada a la demanda, siendo la atención a pacientes con úlceras por presión el problema de salud que más visitas de enfermería genera. Para transformar esta situación y satisfacer las demandas ciudadanas de cuidados, se precisa una enfermería que sea altamente profesionalizada, polivalente

y comprometida (Corrales-Nevado & Palomo-Cobos, 2014) (Corrales Nevado, Alonso Babarro, & Rodríguez Lozano, 2012).

Las enfermeras comunitarias juegan un rol importante en los cuidados de este grupo de población, especialmente en los cuidados domiciliarios (Corrales Nevado, Alonso Babarro, & Rodríguez Lozano, 2012). Pero difícilmente se puede mantener al paciente en domicilio si no se desarrollan modelos de organización en red para ofertar una atención domiciliaria de calidad (Contel Segura, 2002).

En la atención domiciliaria lo importante es la intensidad, porque la intensidad implica continuidad, una cualidad determinante, ya se trate de un paciente crónico o un paciente al final de su vida. La continuidad permite a las enfermeras identificar precozmente los riesgos de complicaciones, intervención preventiva que es clave para la calidad de los cuidados (Corrales-Nevado & Palomo-Cobos, 2014).

Se están ensayando numerosas experiencias que refuerzan el rol enfermero. Como por ejemplo el papel de la enfermera en la nueva estrategia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) para integrar redes de servicios sanitarios y sociales que den respuesta a las necesidades de la atención a los pacientes crónicos desde una perspectiva sociosanitaria, antropológica y humanística (Carretero-Alcántara, Gomes-Górriz, Borrás-López, Rodríguez-Balo, & Seara-Aguilar, 2014). El objetivo es potenciar las actuaciones de las enfermeras en la atención a los procesos crónicos, orientando su responsabilidad, en especial

en el rol de educadores/entrenadores en autocuidados, en el rol de gestores de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención.

La enfermera podrá constituirse como el eslabón entre las necesidades y los recursos de atención, poniendo en marcha las capacidades del sistema, en tiempo y forma, para lo que debe: identificar, valorar, gestionar y proveer una atención continua y longitudinal; ser referente del paciente con relación a su salud; ser la coordinadora de los recursos asistenciales (Carretero-Alcántara, Gomes-Górriz, Borrás-López, Rodríguez-Balo, & Seara-Aguilar, 2014).

También la Estrategia para el abordaje de la Cronicidad (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2012) propone potenciar la figura de la enfermera, orientando su responsabilidad en especial a los roles de educadora en autocuidados, de gestora de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención.

En muchos países están preocupados por una posible escasez de enfermeras dado el incremento previsible de la demanda y la inminente jubilación de las enfermeras de la generación del baby-boom. Para compensarlo se está incrementando la oferta para formar más enfermeras (OECD, 2015).

En España la situación es contradictoria. Por una parte gozamos de una de las tasas más bajas de nuevas enfermeras gra-

duadas por 100.000 habitantes: sólo 19, mientras la media de la OCDE es de 47. Por otra parte, contamos con uno de los ratios más bajos de enfermera/médico: sólo 1,3, mientras que la OCDE es de 2,8. Y en tercer lugar tenemos una importante tasa de desempleo o infraempleo de estas profesionales, empujándoles a la emigración a otros países. En 2014, más de 9.200 enfermeras formadas en España estaban trabajando en otros países de la Unión Europea, la mayoría de ellas (5.600) en el Reino Unido (OECD, 2015).

Para aumentar el agravio, contamos desde hace seis años con un contingente de más de mil trescientas enfermeras especializadas en Salud Familiar y Comunitaria por la Vía Enfermera Interna Residente (EIR), con altos costes para las arcas del Estado, que no encuentran empleo en su ámbito de especialización al no haberse definido su puestos de trabajo.

Las enfermeras comunitarias están perfectamente posicionadas para ofrecer modelos alternativos seguros, eficaces y eficientes para el futuro. La sostenibilidad y credibilidad de estos servicios estarán relacionadas tanto con las competencias clínicas como con el liderazgo efectivo de éstos servicios. El liderazgo enfermero en la dirección de servicios clínicos puede aportar alternativas costo-efectivas frente a los actuales modelos medicalizados y ofrecer respuestas a las futuras demandas de gestión de enfermedades crónicas en Atención Primaria de Salud (Day & Brownie, 2014) (San Martín Rodríguez, 2016).

## 6. ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA.

Una de las innovaciones que se están desarrollando en muchos países son las figuras de las enfermeras de práctica avanzada (EPA). Se conocen con muchos nombres: Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Advanced Practice Nurse, Clinical Nurse Consultant, Nurse Practitioner Midwife, Specialist Nurse Practitioner, etc.

El rol de estas enfermeras incluye la valoración individual, las necesidades de la población y la comunidad, orientándose hacia los determinantes sociales de la salud; integrando servicios a lo largo del proceso; estimulando la colaboración interprofesional e intersectorial y activando a individuos y comunidades a participar en su propio cuidado (Oelke, Besner, & Carter, 2014) (Sánchez Martín, 2014).

La gestión de casos de la enfermera de práctica avanzada con pacientes crónicos ha mostrado resultados favorables en cuanto a promoción de la salud, así como en la reducción de días de estancia y tasas de readmisión hospitalaria (Maijala, Tossavainen, & Turunen, 2015).

La enfermería de práctica avanzada puede mejorar el acceso a los servicios y reducir los tiempos de espera. Existen evaluaciones que encuentran una alta satisfacción de los pacientes, incluso con menores costes. Se requieren cambios legislativos y eliminación de barreras para ampliar su ámbito de ejercicio (Morilla Herrera, Morales Asencio, Kaknani, & García Mayor, 2016) (Sánchez Martín, 2014) (Delamaire & Lafortune, 2010) (Kennedy, Brooks Young, Nicol, Campbell, & Gray Brunton, 2015).

La equivalencia española a la enfermera de práctica avanzada es la figura del especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, antes comentada. El especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria es un profesional de alta cualificación, del que se espera que posea conocimientos altamente especializados; con conciencia crítica de cuestiones de conocimiento enfermero; que muestra destrezas clínicas especializadas para ampliar su práctica profesional y resolver con autonomía problemas en materia de salud; con capacidad para innovar con vistas al desarrollo de nuevos procedimientos para el cuidado de la salud y para gestionar y transformar contextos del cuidado de la salud complejos, imprevisibles y que requieren nuevos planteamientos estratégicos y que asume responsabilidades en lo que respecta a su práctica profesional y a la revisión del rendimiento estratégico de equipos (Corrales-Nevado & Palomo-Cobos, 2014) (Giménez Maroto, 2013) (Sánchez Gómez & Duarte Clíments, 2012).

La oferta de cuidados por parte de enfermeras especialistas en Salud Familiar y Comunitaria en la atención sociosanitaria será uno de los mejores instrumentos para la satisfacción de las necesidades de cuidados de esta población cada vez más numerosa.

## 7. BIBLIOGRAFÍA.

Abellán-Hervás, M., López Fernández, C., Santi-Cano, M., Deudero-Sánchez, M., & Picardo-García, J. (2016). ¿Quién es el receptor de intervenciones sociosanitarias y cuáles son sus necesidades? *Enfermería Clínica*, 26(1), 49-54.

Andrés, M. (2017). II Encuentro de Directivos de Salud de Madrid. (págs. <https://www.sanitaria2000.com/actividades/el-ii-encuentro-de-directivos-de-la-salud-de-madrid-el-8-y-9-de-junio/>). SanLorenzo del Escorial. Madrid.

Carretero-Alcántara, L., Gomes-Górriz, N., Borrás-López, A., Rodríguez-Balo, A., & Seara-Aguilar, G. (enero-febrero de 2014). Integración clínica en el paciente crónico. *Enfermería Clínica*, 24(1), 35-43.

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2012). Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid.

Contel Segura, J. (mayo de 2002). La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Atención Primaria*, 29(8), 502-506.

Corrales Nevado, D., Alonso Babarro, A., & Rodríguez Lozano, M. (2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 63-68.

Corrales-Nevado, D., & Palomo-Cobos, L. (2014). La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enfermería Clínica*, 24(1), 51-58.

Day, G., & Brownie, S. (2014). Rising to the Challenge: Nursing Leadership via Nurse-Led Service Provision for Chronic Disease Management and Prevention. *Nursing and Health*, 2(2), 30-34.

Delamaire, M., & Lafortune, G. (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working. Paris: OECD Publishing.

Giménez Maroto, A. (2013). La Enfermería y la Práctica Avanzada: su desarrollo en España.

Kennedy, C., Brooks Young, P., Nicol, J., Campbell, K., & Gray Brunton, C. (2015). Fluid role boundaries: exploring the contribution of the advanced nurse practitioner to multi-professional palliative care. 24(21), 3296-3305.

Majjala, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. (mayo de 2015). Identifying nurse practitioners' required case management competencies in health promotion practice in municipal public primary health care. A two-stage modified Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17), 2554-2561.

Molina Fernández, A., González Riera, J., Montero Bancalero, F., & Gómez Salgado, J. (2016). La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. 26(1), 68-75.

Morilla Herrera, J., Morales Asencio, J., Kaknani, S., & García Mayor, S. (2016). Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria. *Enfermería Clínica*, 26(1), 55-60.

OECD. (2015). *Health at Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing.

Oelke, N., Besner, J., & Carter, R. (2014). The evolving role of nurses in primary care medical settings. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 629-635.

Pinzón Pulido, S., Alonso Trujillo, F., Torró García-Morato, C., Raposo Triano, Raposo Triano, M., & Morilla Herrera, J. (2016). Experiencias, modelos y claves para la coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios. *Enfermería Clínica*, 26(1), 3-6.

Rico Blázquez, M., Sánchez Gómez, S., & Fuentelsaz Gallego, C. (2014). El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enfermería Clínica*, 24(1), 44-50.

San Martín Rodríguez, L. (2016). Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria. *Enfermería Clínica*, 26(3), 155-157.

Sánchez Gómez, M., & Duarte Clíments, G. (agosto de 2012). Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. *ENE. Revista de Enfermería*, 6, 39-70.

Sánchez Martín, I. (2014). Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. (ELSEVIER, Ed.) *Enfermería Clínica*, 24(1), 79-89.



# ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES.

**GABRIEL MORAGUES SBERT<sup>1</sup>; FRANCISCO MIGUEL ALBERTÍ HOMAR<sup>2</sup>; ESTEFANÍA SERRATUSELL SABATER<sup>3</sup>; ANGÉLICA MIGUÉLEZ CHAMORRO<sup>4</sup>; JULI FUSTER CULEBRAS<sup>5</sup>; ATANASIO GARCÍA PINEDA<sup>6</sup>; M. EUGENIA CARANDELL JÄGER<sup>7</sup>; MERCÈ LLAGOSTERA PAGÈS<sup>8</sup>; CARLOS SERRANO JURADO<sup>9</sup>; PATRICIA GÓMEZ PICARD<sup>10</sup>; MANUEL PALOMINO CHACÓN<sup>11</sup>; M. LUCÍA MORENO SANCHO<sup>12</sup>; ROSA ELENA DURO ROBLES<sup>13</sup>; CARLOS VILLAFÁFILA GOMILA<sup>14</sup>; FRANCISCO A. CÁRCELES GUARDIA<sup>15</sup>**

## SUMARIO

### 1. JUSTIFICACIÓN.

### 2. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LAS ISLAS BALEARES.

**2.1. Elementos transversales para abordar en todos los ámbitos asistenciales.**

**2.2. Atención a las personas con enfermedades crónicas en atención primaria.**

**2.3. Atención a las personas con enfermedades crónicas en los hospitales de agudos.**

**2.4. Atención a las personas con enfermedades crónicas en los hospitales de cuidados intermedios o de media estancia.**

### 3. CONCLUSIONES.

### 4. BIBLIOGRAFÍA.

<sup>1</sup> Médico de familia del Centro Coordinador de Atención a la Cronicidad del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>2</sup> Coordinador de atención a la cronicidad y sociosanitario del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>3</sup> Enfermera y Economista del Centro Coordinador de Atención a la Cronicidad del Servicio de Salud las Islas Baleares. <sup>4</sup> Subdirectora de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades poco frecuentes. <sup>5</sup> Director General del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>6</sup> Director Asistencial del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>7</sup> Jefe del gabinete técnico del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>8</sup> Coordinadora Autónoma de la Estrategia de Cuidados Paliativos en las Islas Baleares. <sup>9</sup> Enfermero del Centro Coordinador de Cuidados Paliativos. <sup>10</sup> Consellera de Salud y Consumo del Gobierno de las Islas Baleares. <sup>11</sup> Secretario General. Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>12</sup> Coordinadora del programa Paciente Activo del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>13</sup> Subdirector de Atención Primaria y Urgencias extrahospitalarias del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>14</sup> Subdirector de cuidados y atención al usuario del Servicio de Salud de las Islas Baleares. <sup>15</sup> Subdirector de hospitales del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

## PALABRAS CLAVE

*Atención a la cronicidad; coordinación sociosanitaria; empoderamiento; gestión de casos; modelo integral; sistemas de información sanitarios.*

## RESUMEN

El envejecimiento y el aumento de la esperanza de vida junto con la presencia de enfermedades crónicas, sumado a los cambios estructurales familiares y sociales de los últimos 20 años, han puesto en evidencia nuevas necesidades de las personas que sufren enfermedades crónicas.

El Servicio de Salud de las Islas Baleares impulsa un nuevo modelo integral de atención proactivo y coordinado, dirigido a las personas con enfermedades crónicas complejas. Se proponen cambios en la gestión y organización de todos los ámbitos asistenciales para centrar la atención en la persona y favorecer la participación activa del paciente en su proceso de salud-enfermedad. En este nuevo modelo son claves: la identificación de pacientes mediante los grupos de morbilidad ajustados, los Sistemas de Información, el trabajo en equipo multidisciplinar, la valoración multidimensional, el plan de cuidados individualizado, la atención domiciliaria y la coordinación eficaz.

Pasamos de la gestión de la enfermedad a la gestión del caso asegurando unos cuidados profesionales y coordinados, con un uso eficiente de los recursos.

## KEYWORDS

Chronic care; public health coordination; empowerment; case management; integral model; health information systems; Balearic Islands.

## ABSTRACT

*Aging, increased life expectancy along with the presence of chronic diseases, coupled with the family and social structural changes of the last 20 years, have highlighted the new needs of people suffering from chronic diseases. The Balearic Islands Health Service has promoted a new integral proactive and coordinated care model, aimed at people with complex chronic diseases. Changes in the management and organization of all care areas are proposed to focus attention on the individual and to favour the active participation of the patient in his/her health-disease process. The following are vital in this new model: the identification of patients through adjusted morbidity groups, Information Systems, multidisciplinary teamwork, multidimensional assessment, an individualized care plan, home care and effective coordination. We have gone from disease management to case management, ensuring professional and coordinated care with efficient use of resources.*

## 1. JUSTIFICACIÓN.

El envejecimiento progresivo de la población ha dado lugar a un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas situándolas entre las de mayor impacto social, económico y sanitario. La situación emergente de estas enfermedades y el actual gasto sanitario supone uno de los retos más importantes que deberá afrontar nuestro sistema sanitario en los próximos años y hacen necesaria una visión poblacional para abordar esta realidad en profundidad, ya que gran parte del impacto humano y social causado cada año por las muertes relacionadas con las enfermedades crónicas podría evitarse mediante intervenciones bien entendidas, rentables y factibles (World Health Organization, 2010).

El sistema sanitario no ha sabido o no ha podido adaptarse a estos cambios dando respuestas adecuadas y sostenibles (Miguélez-Chamorro & Ferrer-Arnedo, 2014). Los pacientes crónicos demandan un sistema adecuado para dar respuestas a sus necesidades. El sistema actual presenta importantes problemas en la prestación de una atención segura, eficaz, centrada en el paciente y a tiempo. Además hay mucho que mejorar respecto a la continuidad de la atención y en los mecanismos de participación.

Es el momento de rediseñar el modelo de atención sanitario donde el ciudadano sea protagonista y participe de su proceso de salud, potenciando las competencias profesionales autónomas en el marco de un equipo multiprofesional resolutivo que pueda acompañar y empoderar al paciente y

al ciudadano, estableciendo mecanismos de coordinación entre niveles de atención sanitaria (atención primaria-atención hospitalaria) y entre el sistema sanitario y social para garantizar la integridad y la continuidad asistencial, junto con el desarrollo de la tecnología y de los sistemas de información adecuados, para poder conseguir un modelo de atención universal y sostenible.

## 2. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LAS ISLAS BALEARES.

### 2.1 Elementos transversales a abordar en todos los ámbitos de la atención sanitaria.

*Empoderamiento y responsabilidad en salud.*

Las personas con problemas de salud tienen el derecho de participar de manera activa en su proceso de salud-enfermedad. Es necesario trabajar el afrontamiento de la enfermedad, el aumento de sus capacidades y habilidades para poder realizar un control eficaz de su enfermedad, con el objetivo final de conseguir el máximo nivel de autonomía y la mayor calidad de vida posible.

El desarrollo del Programa de Paciente Activo comporta un cambio en la relación entre pacientes y profesionales de la salud, y supone avanzar hacia un modelo menos paternalista. Los profesionales deben asumir un rol de acompañamiento, facilitadores y capacitadores. De esta manera se podrá conseguir un modelo centrado en el/la paciente, dándole el protagonismo y recogiendo sus necesidades, creencias y vivencias de la enfermedad.

Es necesario continuar con la formación de los profesionales en metodología de educación para la salud, para que puedan desarrollar intervenciones de promoción de la salud y de prevención primaria y secundaria.

El rápido acceso a la información y el desarrollo de las nuevas tecnologías han promovido cada vez más a los pacientes activos y responsables. Un paciente activo es aquel que está afectado por un proceso crónico, es copartícipe y corresponsable de la gestión de su propia salud, es capaz de identificar los síntomas y de responder de manera adecuada, así como de adquirir herramientas que le permitan gestionar el impacto físico, emocional y social de su enfermedad, mejorando así su calidad de vida (González Mestre, 2014).

*La coordinación entre ámbitos asistenciales como garante de calidad en la atención y de seguridad clínica.*

La falta de coordinación entre niveles de atención sanitaria (atención primaria - atención hospitalaria) y entre el sistema sanitario y social es uno de los principales condicionantes de la calidad asistencial, de la seguridad en la atención, de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles y conduce a que los servicios no se presten en el nivel más adecuado y por el profesional más idóneo, y genera además frustración y malestar entre los profesionales (Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, 2013).

En 2010 se inició un proyecto piloto para

abordar de manera coordinada a los pacientes más frágiles y pluripatológicos, que introducía entre otros elementos, la figura de la enfermera gestora de casos. Se diseñó un pilotaje con tres centros de salud en coordinación con los hospitales de referencia de agudos y de convalecencia o media estancia. De 2011 a 2015 fruto de los recortes que encontraron justificación en la crisis económica, el proyecto quedó paralizado. A pesar de todo, gracias al compromiso de los profesionales sanitarios implicados, el pilotaje se consolidó. En 2015 quedaba una enfermera gestora de casos en atención primaria y otra en el hospital de media estancia. Este proyecto ha sido la semilla para los proyectos actuales de abordaje al paciente crónico complejo, crónico avanzado y de gestión de casos.

La estrategia para el abordaje de la cronicidad publicada por el Ministerio de Sanidad en 2012 deja patente que los pacientes con mayor complejidad y/o con pluripatología necesitan una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales, dirigidos a los pacientes y a su entorno cuidador. Es necesario realizar una gestión de casos que se lleve a cabo mediante un proceso de valoración, planificación y coordinación, facilitando la provisión, monitorización y evaluación de las opciones y recursos profesionales u organizativos que sean necesarios para la resolución del caso (Ministerio de Sanidad - Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

El Servicio de Salud pone en marcha el Programa de Enfermera Gestora de Casos (EGC) en todos los ámbitos sanitarios para asegurar la continuidad de los cuidados y

la activación de los recursos necesarios en cada caso. La misión de la EGC es asegurar una atención integral y de calidad mediante la coordinación de todos los agentes implicados en el proceso de salud - enfermedad de la persona y de la persona cuidadora para asegurar la continuidad asistencial, con un modelo de práctica avanzada colaborativo, integral y multiprofesional promoviendo que la persona permanezca el mayor tiempo posible en el entorno comunitario con la mejor calidad de vida.

En el ámbito de la coordinación sanitaria y social proponemos como objetivo, la máxima integración compartiendo recursos y estableciendo alianzas y sinergias.

Es imposible dar respuesta a las necesidades de estos pacientes sin tener en cuenta el aspecto social en el que están inmersos:

- Una línea novedosa de colaboración es la concertación de plazas de cuidados especiales (larga estancia) en las residencias públicas. Actualmente es una realidad con la existencia de 10 camas en la Residencia de Felanitx que previsiblemente se ampliará a otras residencias de nuestra comunidad;
- Creación de una comisión sanitaria y social para la gestión de casos.

#### *Nuevo modelo organizativo.*

Los pacientes crónicos presentan nuevas necesidades y nuestro modelo organizativo sigue anclado en los años 80 del siglo pasado, orientado a los problemas agudos sin

proporcionar una respuesta eficiente a las nuevas y emergentes necesidades de éstos, especialmente los más complejos.

Es preciso establecer cambios en el modelo organizativo de nuestros profesionales a todos los niveles, tanto comunitario como hospitalario:

- Equipos multidisciplinares formados por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc., con áreas de conocimiento específicas que trabajan al mismo nivel de manera interdisciplinar;
- Proactividad de los equipos en la identificación y registro de los pacientes para aplicar planes de cuidados individualizados;
- Valoración integral multidimensional realizada por el equipo, abarcando las áreas clínica, funcional, cognitiva/emocional y social;
- Plan de cuidados individualizado que permite fijar objetivos compartidos por todos los niveles y profesionales en cada uno de los pacientes. Plan de cuidados que será revisado periódicamente o después de cada descompensación.

Este modelo proactivo, integral e individualizado permitirá una atención de calidad y personalizada.

*El Papel de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICs) y los Sistemas de Información Sanitarios (SIS).*

Nuestra Comunidad Autónoma fue pionera

en el uso de las TICs en el entorno sanitario. El Hospital Son Llátzer fue el primer hospital sin papeles del estado español, y la digitalización de la atención primaria, iniciada en el 2002, también fue pionera.

La informatización de la información clínica-administrativa de los hospitales y atención primaria, permitió que en el 2005 se iniciara el proyecto de la Factoría de Información Corporativa (FIC) y que se automatizaran la mayoría de los cuadros de mando del Servicio de Salud.

Esta digitalización continuó en todos los hospitales del Servicio de Salud y concluyó en 2009 con la implantación de la Historia de Salud, una innovadora plataforma en la que se concentraba la información del paciente proveniente de todos los sistemas de información de hospitales y atención primaria, ayudando al profesional a la toma de decisiones por conseguir tener una visión más integral y completa en la historia sanitaria del paciente.

Dentro de la estrategia de cronicidad, también en 2009 se implementó el programa de atención a personas con enfermedades crónicas (PAPEC), gracias a un excelente grupo de profesionales sanitarios y tecnológicos, que fueron visionarios y desarrollaron las vías clínicas transversales de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Enfermedad Renal Crónica y Enfermedad Cardiovascular. La falta de financiación necesaria para el desarrollo tecnológico que diera soporte a este programa integrado en todos los sistemas de información, ha motivado el fracaso de esta herramienta, que usan actualmente menos del 1% de

nuestros profesionales. Los profesionales expresan no usar el PAPEC por la falta de integración, por la obligatoriedad de tener volver a introducir usuario y contraseña y trabajar con dos entornos diferentes, por la falta de retorno de información a los sistemas locales, así como por la falta de explotación de datos.

La falta de inversión en TIC y Sistemas de Información en los últimos 4 años ha derivado en una situación desoladora, por la imposibilidad de obtención de información clave necesaria para gestionar y para implementar todos los proyectos. En julio de 2015 nos encontramos con:

- Una carencia de soporte técnico en los gabinetes técnicos, sistemas de información y departamentos de TIC tanto del Servicio de Salud como de las gerencias, que provocó la desaparición de cualquier estructura de análisis de información clínica, de docencia, de investigación y de gestión de tecnologías de la información;
- Un mantenimiento mínimo de los sistemas de información asistenciales, con escasa evolución de estos y poco orientados;
- Un mantenimiento mínimo de la FIC, que derivó en una falta de información para gestionar y la imposibilidad de evaluar y devolver a los profesionales el resultado de su práctica asistencial;
- Una infraestructura tecnológica obsoleta, esencial para el buen funcionamiento de los sistemas de información, herramienta de trabajo de nuestros profesionales.

Esta situación ha condicionado el avance de todos los proyectos asistenciales y tecnológicos del Servicio de Salud, ya que la gestión sin información, sin datos y sin cuadros de mandos está suponiendo un esfuerzo titánico. En estos momentos el Servicio de Salud está trabajando en el desarrollo y homogeneización de los sistemas de información asistenciales para adaptarlos en la medición de resultados y evaluación clínica.

Se está trabajando en la creación de una Historia Clínica (HC) Integrada y en el desarrollo y mejora de la historia clínica de atención primaria.

*La polimedición y sus repercusiones en la salud de los más frágiles.*

La edad es un factor fuertemente asociado a las reacciones adversas a medicamentos (RAM). La bibliografía publicada imputa a los ancianos un mayor porcentaje de iatrogenia grave y de ingresos por esta causa, debidos a los factores de polimedición, comorbilidad y mermas funcionales achacables a la vejez (Zozaya Jara, Xameña Miralles, & Carandell Jäger, 2010).

En nuestra comunidad un 14 % de los mayores de 65 años toma 10 o más fármacos de forma crónica.

La polimedición supone más riesgo de uso de medicaciones inadecuadas, de falta de adherencia al tratamiento, de aparición de reacciones adversas, de duplicidades e interacciones entre principios activos y, en consecuencia, más riesgo de fracasos terapéuticos, de intoxicaciones, así como

un aumento de ingresos hospitalarios y de caídas. Los factores que favorecen la polimedición son de índole biológica, psicológica, social y propia del sistema sanitario (mala coordinación asistencial, minimización de los riesgos por parte del personal sanitario) (Villafaina Barroso A., Gavilán Moral E., 2011), (Al Hamid, Ghaleb, Aljadhey, & Aslanpour, 2014).

En 2010, Ramos S. et. al. demuestran en un estudio hecho en España que 1 de cada 3 pacientes atendidos en urgencias hospitalarias, acude por un problema relacionado con la medicación (PRM) (Mejía-Acosta et al., 2016).

Las RAM más comunes en los ancianos son las: cardiovasculares (hipotensión postural, desórdenes en el ritmo cardíaco o en la conducción); neurológicas (agitación, confusión, mareos, síndromes extrapiramidales); digestivas (diarrea, vómitos, estreñimiento); alteraciones hidroelectrolíticas; insuficiencia renal; alteraciones en la glucemia; hemorragias, y neutropenia.

Se propone un abordaje interdisciplinario y valoración geriátrica integral (VGI) para abordar al paciente frágil y evitar la polimedición (Ministerio de Sanidad Igualdad y Servicios Sociales, 2013).

*Los cuidados paliativos.*

La estrategia para el abordaje de la cronicidad (EAC) del Sistema Nacional de Salud (SNS) recomienda adecuar los modelos de cuidados paliativos, para mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas avanzadas y/o en situación final de

vida. La necesidad de cuidados paliativos se hace patente a medida que aumenta la complejidad. En los menores, el diagnóstico de una enfermedad incurable o una situación clínica irreversible hace al paciente tributario de un abordaje paliativo.

En 2009 se publicó la estrategia de cuidados paliativos de las Islas Baleares (Consejería de Sanidad y Consumo, 2009), posteriormente se publicó el programa de cuidados paliativos 2013-2016 liderado por el Centro Coordinador del Programa de Cuidados Paliativos, que regularizó su estructura y funciones en el Decret 49/2014, de 28 de noviembre de 2014 (Decret 49/2014, de 28 de novembre, pel qual es crea el Centre Coordinador del Programa de Cures Pal·liatives de les Illes Balears). El Centro Coordinador ha sido muy activo y ha llevado a cabo una gran labor de difusión, formación e investigación en todos los ámbitos sanitarios. Finalmente en marzo de 2015 se publica la ley de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir, con el consenso de todos los grupos parlamentarios (Llei 4/2015, de 23 de març, de drets i garanties de les persones en el procés de morir).

En enero del 2013 se crea la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos, con la misión de proporcionar calidad de vida a los niños con enfermedades crónicas complejas y avanzadas y a sus familias.

Es necesario seguir impulsando las actividades de difusión, formación e investigación desde el centro coordinador de cuidados paliativos para garantizar el acceso a los cuidados paliativos de todas las

personas en situación de complejidad o de enfermedad avanzada. Los cuidados paliativos básicos se deben garantizar en todos los niveles asistenciales, y los profesionales sanitarios deben reconocer cuando es necesario derivar a un paciente a una unidad especializada en cuidados paliativos ante la dificultad del manejo de signos y síntomas, y la falta de garantías del confort esperado.

*Identificar a la población con mayor morbilidad, una prioridad. Aplicación de la clasificación de la población por grupos de morbilidad ajustados (GMA).*

Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben, resultando especialmente inapropiada la organización de la asistencia sanitaria para el grupo de pacientes que presentan pluripatología, comorbilidad o se encuentran en situación de especial complejidad. (Ministerio de Sanidad - Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Para este perfil de pacientes, la identificación proactiva mediante el GMA y la consecuente inclusión en programas específicos resultará de gran beneficio para su calidad de vida, y desde luego para la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Diversos sistemas sanitarios en todo el mundo han trabajado en la identificación proactiva de los pacientes en función de su morbilidad para poder adecuar la prestación de los Servicios. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, ha facilitado

la implementación de la clasificación de la población con la herramienta de Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA©) (Monterde, Vela, & Clèries, 2016), que nos ha permitido estratificar a toda la población de las Islas Baleares en 2015 y 2016. Para la agrupación–clasificación de la morbilidad es primordial identificar la patología crónica y agrupar los diferentes códigos diagnósticos. A partir de la información anterior podemos identificar si un individuo presenta una o más enfermedades crónicas. Los GMA tienen en cuenta: la tipología de la enfermedad, la presencia de multimorbilidad y la complejidad.

Los GMA están siendo de gran utilidad en nuestra comunidad para:

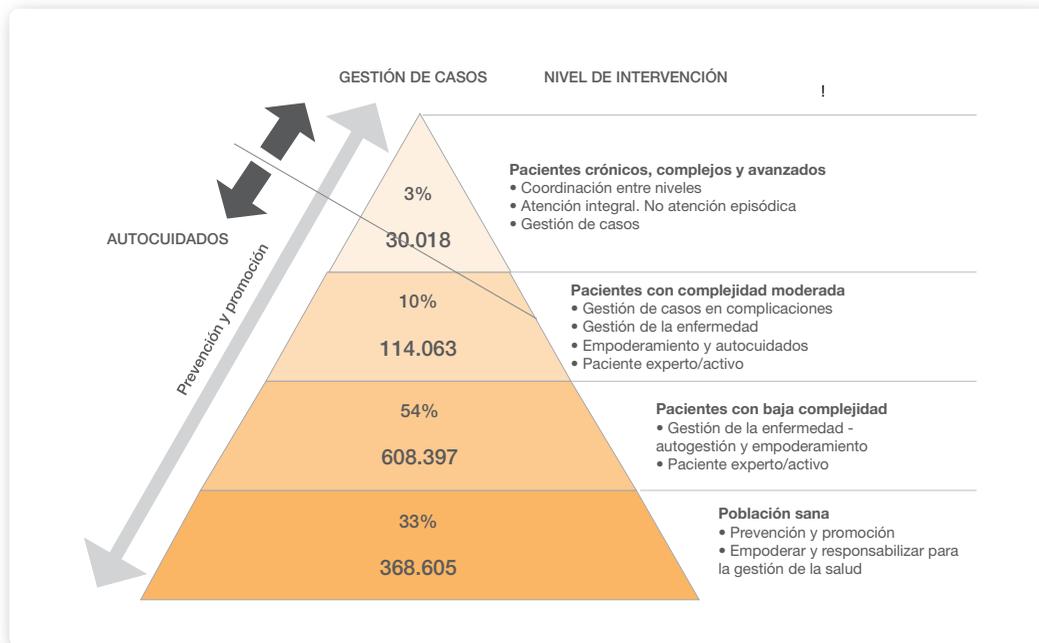
- Dar información poblacional e individual a los profesionales sanitarios.
- Identificar pacientes:
  - Intervenciones proactivas en pacientes con mayor complejidad.
  - Intervención proactiva en pacientes con riesgo elevado.
- Elaboración de indicadores.
- Asignación de recursos (presupuestación de farmacia comunitaria).
- Gestión de recursos humanos.
- Benchmarking.

Los directivos de atención primaria ya cuentan con la clasificación poblacional de cada centro de salud. En el segundo

semestre de 2017 esta herramienta estará integrada en la historia clínica para que sea visible para todos los profesionales sanitarios. En el caso de atención primaria, además, permitirá acceder a los datos poblacionales a médico de familia, enfermera de atención primaria y enfermera gestora de casos comunitaria, con el objetivo de tener una visión poblacional y poder realizar una intervención proactiva individualizada, especialmente en los pacientes más complejos.

La estratificación de la población de diciembre 2016 de nuestra comunidad se muestra en la siguiente figura 1:

**Figura 1. Estratificación y niveles de intervención de la población de las Islas Baleares. Diciembre 2016. Fuente Propia.**



Para identificar a los pacientes que se encuentran en la punta de la pirámide, que son los pacientes con mayor multimorbilidad y complejidad, diversos autores y organizaciones han introducido el concepto de paciente crónico complejo (PCC) y paciente crónico avanzado (PCA) (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2012), éstos representan entre el 3 y el 5% de la población y consumen un alto porcentaje de recursos. Suponen entre un 20 y un 40% de los ingresos hospitalarios (40,5%  $\geq$  3 ingresos/año; 13%  $\geq$  5 ingresos/año). El 10% de pacientes crónicos son responsables del 55% de las estancias hospitalarias y un 5% de ellos del 42% (Montes, Casariego, de Toro, & Mosquera, 2012).

Para identificar al paciente en el sistema y mantenerlo en el radar sanitario es imprescindible contar con un desarrollo adecuado

de las TIC y unos SIS que permitan identificar al paciente en la historia clínica mediante alarmas que orienten a los profesionales en el proceso y les faciliten la toma de decisiones. Este aspecto es de vital importancia para garantizar la atención integrada y coordinada.

## 2.2. Atención a las personas con enfermedades crónicas en atención primaria.

Los sistemas sanitarios orientados a la atención primaria que centran la atención en las personas y sus necesidades, consiguen mejores resultados en salud a costes menores. Para mejorar la efectividad clínica en el contexto actual de cronicidad y fragilidad, y para reducir la epidemia de sobrediagnóstico y de sobreactuación médica, es necesario reforzar la atención primaria. Barbara Starfield, todo un referente para la

gestión sanitaria, demostró que la atención primaria da buenos resultados en salud con costes menores y llega a mayor número de personas (Fryer, 2007).

La estrategia nacional para el abordaje de la cronicidad es contundente al afirmar que la atención primaria es el eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, siendo preciso impulsar el papel de los equipos de atención primaria y en particular

de los profesionales de medicina de familia, pediatría y enfermería, como coordinadores de los procesos de atención sanitaria relacionados con la cronicidad (Ministerio de Sanidad - Servicios Sociales e igualdad, 2012).

La Organización Mundial de la Salud, en el documento publicado por la Organización Panamericana de la Salud en 2013, deja claro los atributos de una asistencia eficaz para las condiciones crónicas.

**Tabla 1. Asistencia eficaz para las condiciones crónicas. (Barceló, Epping-Jordan, et al, 2013).**

| ATENCIÓN ANTICUADA                     | ATENCIÓN EFICAZ                                    |
|--|--|
| Centrada en la enfermedad              | Centrada en el paciente                            |
| Atención especializada/hospitalaria    | Con base en la Atención Primaria de la Salud (APS) |
| Centrada en los pacientes individuales | Centrada en las necesidades de la población        |
| Reactiva, actúa según los síntomas     | Proactiva, planificada                             |
| Centrada en el tratamiento             | Centrada en la prevención                          |

La crisis económica financiera que se inició en 2009 provocó recortes agresivos en sanidad en el periodo 2011-2015 que abocaron a la atención primaria a una situación de dificultad y de disminución de accesibilidad a los ciudadanos. La situación del 2015 la podemos resumir:

- Menor accesibilidad y finalización de las actividades de educación para la salud por la tarde, por el cierre de los centros de salud desde las 17.30 h. de la tarde;

- Ausencia general de sustituciones y temporalidad laboral;
- Falta de proyecto para la atención primaria;
- Disminución de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad;
- Gestión del mantenimiento de las infraestructuras de los centros transferida a los hospitales, dando lugar a un deterioro progresivo no resuelto en algunos sectores;

- Ninguna infraestructura nueva en el periodo 2011-2015;
- Recortes en gabinete de docencia e investigación produciéndose una carencia importante en el soporte técnico;
- La media de cupo de Baleares por médico y enfermera es de los más altos de España;
- Disminución de la actividad de atención domiciliaria, programa que da soporte a los pacientes más frágiles que no pueden desplazarse al centro de salud para ser atendidos. El cumplimiento se ha situado a finales de 2014 en un 58% de la población esperada, pero aún es más alarmante que de todos los pacientes incluidos en la atención domiciliaria sólo el 13,22% cuentan con un test de Barthel para evaluar la autonomía y 4 visitas al año.

En resumen, nos encontramos una atención primaria aislada del sistema, sin coordinación y sin el protagonismo que necesita para garantizar una atención de calidad y más coste-efectiva. A pesar del progresivo envejecimiento no se ha impulsado ninguna acción para abordar la situación de cronicidad y envejecimiento de la población, dejando a los ciudadanos de Baleares en situación de inferioridad con respecto a la de otras Comunidades Autónomas.

Otra causa de sobrecarga de la atención primaria ha sido el nulo crecimiento de plazas residenciales en nuestra comunidad autónoma, que en los últimos años ha disparado la lista de espera hasta superar los 2 años. Esta situación ha obligado a muchos ancianos a permanecer en domicilios que no reunían las condiciones de seguridad y confort mínimo, por falta de cuidador, por

infraestructuras inadecuadas o insuficientes y/o por la presencia de graves problemas económicos.

La Consejería de Salud tiene el firme propósito de potenciar la atención primaria y siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad del SNS:

- Conseguir una organización innovadora con capacidad resolutoria de los profesionales de atención primaria, especialmente en el caso de pacientes con pluripatología o especial complejidad y/o en situación paliativa;
- Priorizar una atención domiciliaria proactiva que permita el mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura, potenciando la actuación de los profesionales de enfermería de atención primaria;
- Impulsar la participación y corresponsabilidad de las personas con enfermedades crónicas a través de la implementación del proyecto “Paciente activo”.

### **2.3. Atención a las personas con enfermedades crónicas en los hospitales de agudos.**

Los hospitales son estructuras que generan una influencia poderosa sobre el global del sistema sanitario. Su eficacia en la resolución de ciertas enfermedades agudas, sobre todo quirúrgicas, les da un gran prestigio social. Esta circunstancia no debería, sin embargo, ocultar que existen dos problemas estructurales que dificultan la atención integral y coordinada a las personas con cronicidad compleja y fragilidad: 1) la burocracia interna que repercute en la calidad de los servicios y en la seguridad de los pacientes ingresados, y b) la superioridad

jerárquica de los hospitales sobre el global del sistema que los mantiene alejados de la realidad comunitaria y de la atención primaria (Varela, 2016).

Los pacientes crónicos complejos (PCC), al ingresar en un hospital de agudos, presentan a menudo mayor polifarmacia y complicaciones añadidas al motivo que ocasiona su ingreso. Entre estos problemas suelen destacar: la pérdida funcional, las caídas, el deterioro cognitivo, los déficits auditivo y visual, el insomnio, la sintomatología depresiva, la malnutrición, las úlceras cutáneas. Todo ello provoca dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (Matas et al., 2014).

Los mayores de 65 años son el 26% de las personas que acuden a urgencias hospitalarias y constituyen el 40% de los ingresos hospitalarios por esta vía (Rodríguez Castejo et al., 2004), por lo que se hace imprescindible reorientar la atención para conseguir mejores resultados a un menor coste en términos económicos y de calidad de vida.

Los trabajos clásicos de Covinsky et al. y Sager et al. realizados para estudiar la evolución funcional de los pacientes mayores de 70 años ingresados en unidades de medicina interna, describen que el 31 y 35% respectivamente de los pacientes dados de alta presentaron deterioro funcional al alta hospitalaria (DFH) global. Datos similares se obtuvieron en el estudio HOPE, en el que además los pacientes presentaron una pérdida funcional relevante (el 40% de los que mostraron deterioro al alta fue debido al deterioro en 3 o más de las ABVD).

En otro estudio, Zisberg et al. describen un 46% de DFH global en mayores de 70 años ingresados en medicina interna. Según este estudio al mes del alta hospitalaria el 49% presentaban deterioro en alguna ABVD y el 57% en alguna AIVD. En estudios de seguimiento a 3 meses, el 40% presentaban deterioro en alguna AIVD y el 19% en las ABVD (Osuna-Pozo, Ortiz-Alonso, Vidán, Ferreira, & Serra-Rexach, 2014). En España, Gutiérrez Rodríguez et al., describieron en 1999 una incidencia de deterioro funcional al alta hospitalaria (DFH) del 70.66% en una población de pacientes mayores de 65 años con alto nivel de independencia en las ABVD, ingresados en una unidad hospitalaria de agudos. Al mes el deterioro persistió en el 29,3% de los sujetos (Gutiérrez-Rodríguez, Domínguez-Rojas, Solano-Jaurrieta, 1999).

El deterioro funcional (DF) es una de las complicaciones más importantes de la hospitalización, por su elevada frecuencia y por las graves consecuencias que trae consigo, como son la dependencia, la institucionalización, un mayor consumo de recursos sanitarios y un aumento de la mortalidad (Osuna-Pozo et al., 2014).

La prevención de complicaciones evitables en este perfil de población debe ser la base de la atención hospitalaria, no sólo para mejorar la calidad asistencial, si no por eficiencia y por obligación moral de la organización para con la ciudadanía.

Se recomienda la creación de unidades específicas en los hospitales para que los pacientes mayores con pluripatología sean atendidos en los hospitales en unidades específicas, con una estructura física

adecuada y un equipo interdisciplinar que potencia la movilización, la deambulaci3n precoz y la conservaci3n de las ABVD, favoreciendo siempre la reintegraci3n en el domicilio (García-Navarro & G3mez Pav3n, 2005).

En los hospitales de agudos de nuestra comunidad se han implementado proyectos muy interesantes de abordaje al paciente con insuficiencia cardiaca, EPOC, enfermedad renal cr3nica, ictus, etc.; pero no de una forma homog3nea ni con la coordinaci3n necesaria entre 3mbitos asistenciales y servicios sociales. Es necesario enmarcar todas las actuaciones en una atenci3n integral y coordinada y seguir las recomendaciones con potente evidencia cient3fica de crear unidades y rutas espec3ficas para los pacientes con mayor complejidad.

#### **2.4. Atenci3n a las personas con enfermedades cr3nicas en los hospitales de cuidados intermedios o de media estancia.**

Las unidades de media estancia o convalecencia fueron definidas por el Insalud en 1996 como aquel nivel asistencial hospitalario destinado a restablecer aquellas funciones, actividades o secuelas, alteradas como resultado de diferentes procesos previos (INSALUD, 1996). Los objetivos primordiales de estas unidades son la recuperaci3n funcional y la reducci3n de la incidencia de institucionalizaci3n definitiva, la consecuci3n de estos objetivos deben ajustarse a un tiempo de atenci3n no muy prolongado, con objeto de aumentar la eficiencia de estas unidades. En este sentido, la evaluaci3n de factores cl3nicos, funcionales, mentales y sociales es uno de los as-

pectos b3sicos para optimizar el rendimiento de estas unidades. Algunos autores han postulado que la aplicaci3n del 3ndice de Barthel podr3a ser un instrumento de evaluaci3n eficaz considerando que el ingreso ser3a adecuado mientras los pacientes consiguieran una mejor3a de su situaci3n funcional. Sin embargo, tanto la ganancia funcional como la estancia hospitalaria y la eficiencia pueden estar condicionadas por la complejidad de las caracter3sticas de los pacientes (INSALUD, 1996).

Las unidades de media estancia o convalecencia, son el primer nivel asistencial que fue evaluado y que cuenta con el mayor grado de evidencia cient3fica. Pese a ello, el grado de desarrollo en los diferentes sistemas sanitarios es m3s lento del que sus establecidos beneficios har3an prever. Estas unidades han demostrado, un a3o despu3s del alta hospitalaria, una reducci3n de la mortalidad del 23,8% en el grupo de pacientes tratados en la unidad ubicada en un hospital de agudos frente al 48,3% en el grupo control tratado de forma convencional, una reducci3n de la institucionalizaci3n del 12,7% frente al 30%, una mejor3a de la situaci3n funcional en actividades b3sicas de la vida diaria del 48,4% frente al 25,4% e instrumentales del 46,8% frente al 30,5%, una mejor3a de la situaci3n cognitiva del 35,6% frente al 22,4% y afectiva del 42,4% frente al 24,1% y una reducci3n de la estancia hospitalaria, reingresos y costes de la atenci3n (García-Navarro & G3mez Pav3n, 2005).

En el a3o 2001, coincidiendo con la apertura del Hospital Son Ll3tzer, los hospitales General y Juan March dejan su actividad de

agudos e inician su reconversión a hospitales de media estancia con programas de convalecencia, rehabilitación y paliativos dirigidos a pacientes con enfermedades crónicas que precisaban tratamiento, cuidados y/o rehabilitación después de ingreso en hospital de agudos. Paralelamente se creó el primer equipo de soporte domiciliario para cuidados paliativos.

En el año 2010 el Servicio de Salud publicó el “Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario” intentando coordinar todos los recursos sociosanitarios, aunque desafortunadamente el plan no tuvo aplicación práctica y se siguieron manteniendo estos dispositivos sin un proyecto que contemplara el acceso a estos recursos a toda la población de las Islas Baleares.

Las amenazas de cierre de los hospitales de media estancia o de cuidados intermedios en nuestra comunidad pusieron en jaque a los hospitales General (HG) y Joan March (HJM). En el HJM poco a poco fueron desapareciendo los programas y los protocolos, a excepción del programa de RESC, que siguió con la misma metodología y orientación dirigida a los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de toda la isla de Mallorca. El Hospital General ha sido estandarte de la atención a la cronicidad en nuestra comunidad, sabiendo mantener una estructura y una metodología de trabajo orientada realmente a las necesidades de las personas que necesitaban mejorar su autonomía o realizar una convalecencia sin pérdida de funcionalidad. La satisfacción de los pacientes y sus familias por la atención recibida tanto en el HG como en el HJM, se ha mantenido muy

elevada, gracias a la gran profesionalidad y humanización de la atención.

### 3. CONCLUSIONES.

Es importante determinar y enmarcar los proyectos y las acciones que se deben impulsar para avanzar hacia un nuevo paradigma de atención sanitaria que dé respuestas eficientes y sostenibles a nuestra población actual.

La coordinación asistencial y la continuidad asistencial son claves para garantizar una atención segura y de calidad en los pacientes que sufren enfermedades crónicas complejas y avanzadas.

Las personas con problemas de salud cada vez más demandan participar de manera activa en su proceso de salud-enfermedad, y el sistema de salud debe facilitar el afrontamiento de la enfermedad y el aumento de capacitación de las personas para que sepan autogestionar su enfermedad.

El desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación son ya una herramienta clave para los sistemas de salud, para los profesionales y para los usuarios.

### 4. BIBLIOGRAFÍA.

1. Al Hamid, A., Ghaleb, M., Aljadhey, H., & Aslanpour, Z. (2014). A systematic review of hospitalization resulting from medicine-related problems in adult patients. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 78(2), 202–217. <https://doi.org/10.1111/bcp.12293>

2. Barceló, A, Epping-Jordan, J, Orduñez, P, Luciani, S, Agurto, I, Tasca, R . (2013). Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud; 2013. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas.
3. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2012). Pla salut 2011- 2015. Generalitat de Catalunya, 178. Retrieved from <http://www.coill.org/Ficheros/Novedades/plasalut 2011 - 15.pdf>
4. Consejería de Salud de la Región de Murcia. Estrategia para la Atención de la Cronicidad 2013-2015. 2013.
5. Consejería de Sanidad y Consumo. (2009). Estrategia de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares. Gobierno de las Islas Baleares. Retrieved from <http://www.ibsalut.es/ibsalut/documentospdf/esp/paliativos.pdf>
6. Decret 49/2014, de 28 de novembre de 2014, pel qual es crea el Centre Coordinador del Programa de Cures Pal•liatives. BOIB núm. 163, 29 de novembre de 2014.
7. Fryer, G. E. (2007). The Primary Care Physician Workforce: *Annals Of Family Medicine*, 486–491.
8. García- Navarro, J. A., & Gomez Pavon, J. (2005). Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.*, 1–98.
9. González Mestre, A. (2014). La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería Clínica*, 24(1), 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.005>
10. Gutiérrez Rodríguez J, Domínguez Rojas V, Solano Jaurrieta JJ. (1999). Functional deterioration secondary to hospitalization for an acute disease in the elderly. An analysis of its incidence and the associated risk factors. *Revista Clinica Española*, 199:418–23.
11. INSALUD. (1996). Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores.
12. Llei 4/2015, de 23 de març, de drets i garanties de les persones en el procés de morir. BOIB núm. 44, 28 de març de 2015.
13. Matas, M. C. O., García, C. C., Tovar, F. P., Santamaría, M. T. C., Maylin, L. P., & Lorenzo, A. F. (2014). Intervención proactiva desde una unidad de geriatría en la atención del paciente crónico complejo ingresado en un hospital de agudos. *Gerokomos*, 25(4), 152–158. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400005>
14. Mejía-Acosta, N., Alvarez-Risco, A., Solís-Tarazona, Z., Matos-Valerio, E., Zegarra-Arellano, E., & Del-Aguila-Arcentales, S. (2016). Reacciones Adversas a Medicamentos reportadas como resultado de la implementación de Atención Farmacéutica en la Farmacia Institucional DIGEMID - Ministerio de Salud de Per. *Pharmaceutical Care Espana*, 18(2), 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.farma.2010.01.009>

15. Miguélez-Chamorro, A., & Ferrer-Arnedo, C. (2014). La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enfermería Clínica*, 24(1), 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.002>
16. Ministerio de Sanidad - Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, 80.
17. Ministerio de Sanidad Igualdad y Servicios sociales. (2013). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor: Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. *Informes Estudios e Investigación*, 1–85.
18. Monterde, D., Vela, E., & Clèries, M. (2016). Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Atencion Primaria*, 48(10), 674–682. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.003>
19. Montes, J., Casariego, E., de Toro, M., & Mosquera, E. (2012). La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Galicia Clínica*, 73(1), 7–14.
20. Osuna-Pozo, C. M., Ortiz-Alonso, J., Vidarsson, M., Ferreira, G., & Serra-Rexach, J. A. (2014). Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 49(2), 77–89. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.08.001>
21. Rodríguez Castedo, A., Duque Gómez, J., Cobo Gálvez, P., Fernández Muñoz, J., García Martín, J., & Herrero Portela, A. (2004). Atención a las personas en situación de dependencia. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 18–19, 65–67.
22. Varela, J. (2016). Las reformas necesarias en los hospitales: 10 recomendaciones para mejorar la eficiencia, la calidad y la efectividad. *Medicina Clínica*, 146(3), 133–137. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.06.012>
23. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E, et. al. (2011). Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 35(4), 114–123. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.farma.2011.02.005>
24. World Health Organization. (2010). *Global status report on noncommunicable diseases*. (2010).
25. Zozaya Jara, A., Xamena Miralles, J., & Carandell Jäger, E. (2010). Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedicados. *Govern de Les Illes Balears*, 1, 55. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>



# TELEASISTENCIA PROACTIVA EN EL ESPACIO SOCIOSANITARIO.

**JOE KILLEN**

Director General de Victrix SocSan.

**RAFAEL LLARENA GÓMEZ**

Director del Área Internacional de Victrix SocSan.

## SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.

2. EL CAMBIO DE UN SISTEMA REACTIVO A UNO PROACTIVO.

3. LA “PRIMERA OLA” DE TECNOLOGÍA DE TELEASISTENCIA.

4. LA “SEGUNDA OLA”: LA TELEASISTENCIA PROACTIVA Y PREVENTIVA.

5. EL RETO DE LA INTEROPERABILIDAD: LA NECESIDAD DE UN NUEVO PROTOCOLO Y DE NUEVOS ESTÁNDARES DE COMUNICACIONES.

6. EL FUTURO DE LA TELEASISTENCIA Y EL TELE-CUIDADO.

7. REFERENCIAS.

## PALABRAS CLAVE

*Teleasistencia; telecuidado; proactivo; atención integrada; coordinación sociosanitaria; estándares.*

## RESUMEN

La teleasistencia es un servicio tradicionalmente social, ampliamente extendido, y que ha ido evolucionando de un modelo reactivo a un modelo cada vez más proactivo que no se limita únicamente a esperar la llamada de la persona usuaria. Los autores de este artículo subrayan que este modelo de Teleasistencia proactiva, desarrollado principalmente en España y que ya cuenta con múltiples experiencias de coordinación con los servicios de salud, puede ser una pieza clave para la implementación de los cambios necesarios para asegurar la sostenibilidad del futuro sistema de atención social y sanitaria. Para proporcionar servicios sociosanitarios verdaderamente coordinados, es necesario contar con las herramientas tecnológicas adecuadas, para conseguir una base segura en cuanto a protección y manejo de datos, así como con protocolos y estándares que permitan el intercambio de información y la interoperabilidad de los sistemas ya existentes.

## KEYWORDS

Teleassistance; telecare; Proactive; Integrated care, public health coordination; standards.

## ABSTRACT

*Teleassistance is a traditionally social service, very widely extended, and it has evolved from a reactive model to an increasingly proactive model that is not limited to just waiting for a call from the user. The authors of this article stress that this proactive teleassistance model, developed mainly in Spain and which already has numerous experiences of coordination with the health services, can be a key factor for the implementation of the necessary changes to ensure the sustainability of the future social and health care system. In order to provide truly coordinated public health services, it is necessary to have the appropriate technological tools, to provide a secure basis for data protection and management, as well as protocols and standards that permit the exchange of information and the interoperability of existing systems.*

## 1. INTRODUCCIÓN.

Ya nos hemos acostumbrado a vivir en un mundo de cambio rápido, de nuevas tecnologías, soluciones digitales, océanos de información, pero ¿cómo se pueden conectar estos nuevos componentes tan diversos para mejorar nuestro sistema social y de salud de manera coordinada?

Existe, tanto a nivel nacional como a nivel europeo, un amplio consenso sobre los retos que plantea el envejecimiento de la población para la sostenibilidad de los sistemas de atención social y sanitaria. Se han exprimido al máximo los sistemas aumentando su eficiencia sin cambiar de estructura. Como pone de manifiesto esta revista, ya se pueden plantear modificaciones del sistema socio sanitario hacia un nuevo modelo. En este artículo, se discuten avances tecnológicos en la teleasistencia que suponen valiosas herramientas para conseguir este cambio.

## 2. EL CAMBIO DE UN SISTEMA REACTIVO A UNO PROACTIVO.

En la actualidad, la mayor parte de los sistemas sanitarios están diseñados para ser reactivos. A pesar de que atención primaria tiene un rol en prevención (un aspecto que debería reforzarse en el nuevo modelo), normalmente el sistema entra en funcionamiento cuando los pacientes acuden a él, muchas veces a causa de una crisis o agravamiento, siendo estas intervenciones las más costosas en términos económicos (además de tener un impacto negativo en la calidad de vida de los ciudadanos). El paciente suele tener un rol pasivo en el cuida-

do de su salud y el sistema sanitario tiene únicamente información sobre el paciente cuando acude a sus servicios. La información de lo que ha pasado entre episodios (por ejemplo, sus hábitos de vida) no se refleja en los historiales de los pacientes.

Un nuevo modelo de atención debe poner más énfasis en la prevención y la atención **proactiva**, y es aquí donde el desarrollo de la teleasistencia en los últimos años puede tener un rol clave:

- La teleasistencia da apoyo a sus usuarios, en su propio domicilio y entorno, permitiendo un mayor nivel de independencia y facilitando que puedan ser más proactivos en el cuidado de su salud dentro del margen de maniobra que le permita su situación vital;
- Un sistema de teleasistencia proactiva puede proporcionar una enorme cantidad de información valiosa que, analizada apropiadamente junto con datos sanitarios, permitiría identificar riesgos en determinadas poblaciones. Además estos datos pueden ser utilizados desde el sistema sanitario y social para realizar campañas preventivas o para conocer hábitos de vida de los usuarios y realizar programas de mejora sobre ellos para hacerlos más saludables, usando la teleasistencia proactiva para realizar seguimientos maximizando los resultados de estos programas.

Debido a la falta de financiación suficiente para desarrollar este nuevo enfoque más preventivo y proactivo, cualquier cambio tiene que ser moderado y, en la medida de

lo posible, principalmente autofinanciado a través de los ahorros conseguidos.

La teleasistencia proactiva es particularmente útil para la vida de las personas que tienen dificultades en el acceso a los servicios sociales y sanitarios. Tradicionalmente, la población objetivo del servicio de teleasistencia han sido personas en situación de dependencia, mayores de 65 años y personas con discapacidad, aunque también se ha usado en otros contextos como la violencia de género.

En el futuro modelo de atención social y sanitaria coordinada, las tecnologías de teleasistencia podrían beneficiar a un espectro más amplio de la población. Los centros de atención proactiva de teleasistencia pueden tener un rol clave de coordinación y seguimiento en programas de telecuidados, generando importantes ahorros en el sistema.

Un nuevo modelo basado en una buena coordinación sociosanitaria y en unos cuidados en la comunidad debe aprovechar el **uso de las TIC**: el uso de las herramientas tecnológicas adecuadas es imprescindible para dar soporte a este nuevo modelo. Las tecnologías de la información y las comunicaciones permiten poner a disposición de los actores indicados la información necesaria en el momento adecuado. Estas herramientas facilitan el intercambio de datos entre servicios aislados en la actualidad, y permiten proporcionar más servicios de atención fuera del entorno hospitalario.

Las actuales tecnologías móviles y web, junto con la expansión de nuevas tecnolo-

gías como el **Internet de las Cosas** (IoT, Internet of Things), ofrecen un enorme abanico de posibilidades a la hora de proporcionar servicios de atención sociosanitaria. IoT hace referencia al hecho de que, en un futuro muy cercano, gran parte de los dispositivos que ahora utilizamos estarán conectados a Internet. No sólo los ordenadores y móviles, sino todo tipo de dispositivos de uso diario (no necesariamente sanitarios o de teleasistencia). La ingente cantidad de información de estos dispositivos, analizada adecuadamente y con las medidas de seguridad y privacidad necesarias, pueden proporcionar una información de gran utilidad al sistema de atención social y sanitaria.

A continuación, ponemos en contexto la evolución de la teleasistencia hasta llegar al día de hoy, y la evolución que sienta las bases para el nuevo modelo sociosanitario, para concluir describiendo el alcance y el impacto del nuevo protocolo sociosanitario.

### 3. LA “PRIMERA OLA” DE TECNOLOGÍA DE TELEASISTENCIA.

La teleasistencia es un servicio de apoyo remoto a las personas mayores y dependientes en su hogar. Este servicio, desarrollado en inicio desde una perspectiva social, consiste en un equipo en casa de los usuarios (habitualmente un terminal de alarma y un colgante) con el cual se pueden poner en contacto con un centro de atención 24/7. En el centro de atención se ofrece un servicio no sólo en casos de emergencias, sino también de acompañamiento para evitar casos de soledad y aislamiento social.

Con el paso de los años se ha ido extendiendo el rango de dispositivos que se instalan en el hogar de los usuarios para detectar diferentes situaciones de riesgo y generar alarmas. Ya son habituales detectores de humo, gas, presencia, caídas, etc. lo que permite generar alarmas automáticas, en situaciones en las que el usuario puede no ser capaz de generarlas (en caso de una caída, un desmayo, etc.) o no haya detectado el problema (por ejemplo, un escape de gas), y detectando potenciales situaciones de riesgo. Igualmente, en los últimos años y de la mano del desarrollo de los dispositivos móviles, se ha ido extendiendo el uso de tecnologías de teleasistencia móvil que permiten continuar proporcionando el servicio fuera del hogar de los usuarios. Además, la teleasistencia móvil permite proporcionar nuevas soluciones en casos particulares como los usuarios con Alzheimer o en casos de violencia de género.

A pesar de las indudables ventajas de estas nuevas tecnologías para proporcionar una respuesta más rápida y efectiva, en la mayoría de países la teleasistencia se ha limitado a ser un servicio reactivo. El proceso sólo se inicia cuando se recibe una alarma en el centro de atención, actuando de forma reactiva. En cambio, en España el servicio ha evolucionado para aprovechar el potencial que ofrece la teleasistencia para proporcionar, además, servicios preventivos, como veremos a continuación.

#### **4. LA SEGUNDA OLA: LA TELEASISTENCIA PROACTIVA Y PREVENTIVA.**

El modelo de teleasistencia desarrollado en España ha ido más allá de la simple

reacción al usuario pulsando el botón, o a una alarma generada por un sensor. En España la teleasistencia ha evolucionado hacia un servicio proactivo, en el que incluso el número de llamadas salientes (del centro de atención al usuario) es mayor que las entrantes. Aunque depende de los diferentes niveles de servicio establecidos por los contratos, es habitual que dos tercios de todas las llamadas realizadas sean llamadas salientes.

¿En qué se diferencia este modelo del modelo reactivo desarrollado en otros países? Este modelo permite una atención preventiva, tanto en los términos sociales como sanitarios. Las llamadas periódicas (que suelen ser semanales o bi-semanales) o las llamadas de felicitación por los cumpleaños, ayudan a evitar el aislamiento social y reducir la sensación de soledad de los usuarios. Está demostrado (Elovaino et al, 2017) el impacto que la soledad tiene en la salud, por lo que existe un beneficio sanitario asociado a este acompañamiento remoto. Además, en la teleasistencia proactiva se realizan otro tipo de llamadas relacionadas directamente con la salud de los usuarios, por ejemplo las campañas de prevención (como son las campañas de recordatorio de la vacuna de la gripe o campañas de consejos en una ola de calor), o llamadas de recordatorio de una cita médica.

Este modelo tiene implicaciones en la tecnología utilizada en teleasistencia. La plataforma del centro de atención debe proporcionar la funcionalidad apropiada para planificar las llamadas proactivas, así como para gestionar un número mucho mayor de llamadas.

Como ya se ha mencionado, la coordinación sociosanitaria es otra pieza clave en un modelo de atención preventivo. Existen iniciativas que constituyen buenos ejemplos de cómo la teleasistencia se puede coordinar con la atención sanitaria para mejorar la salud y el bienestar de los usuarios. Por ejemplo, la Junta de Andalucía presta directamente el servicio de teleasistencia a través de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA, dependiente de la Consejería de Igualdad y Servicios Sociales). Esta agencia, junto con la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES, dependiente de la Consejería de Sanidad) han implementado un servicio sociosanitario coordinado en los proyectos CommonWell<sup>1</sup> e Independent<sup>2</sup>. Gracias a estos proyectos, los servicios de Teleasistencia, Emergencias Sanitarias y Salud Responde (cita médica, consejo sanitario) están conectados, de forma que cuando el Servicio de Teleasistencia recibe una llamada que se identifica como emergencia sanitaria, deriva la llamada directamente a EPES. En paralelo a la llamada, se envía una serie de datos relevantes (nombre, dirección, contactos autorizados, alergias, etc.) que facilitan la atención de la emergencia. Igualmente sucede si la llamada no es una emergencia sino una solicitud de cita o consejo sanitario. La llamada en este caso se deriva a Salud Responde donde, si es una cita médica, se envía la información al Servicio de Teleasistencia para que realicen una llamada de recordatorio al usuario al llegar la fecha indicada. Estos dos ejemplos muestran como la utilización coordinada de recursos ya disponibles en el sistema social y sanitario, junto con una atención proacti-

va pueden tener beneficios directos para la atención sanitaria.

Existen otros ejemplos, como es el caso de la teleasistencia en el País Vasco, tal y como se puso de manifiesto en el número anterior de esta revista (Amilibia et al., 2017). El sistema de teleasistencia vasco ha apostado incluso por el apoyo al cuidador como estrategia preventiva en la mejora de la atención de la persona usuaria, generando mejores condiciones en su entorno. Las tecnologías de la información y la comunicación, por tanto, se convierten en el canal integrador de servicios para las personas de edad avanzada sin salir de su entorno social habitual.

## **5. EL RETO DE LA INTEROPERABILIDAD: LA NECESIDAD DE UN NUEVO PROTOCOLO Y DE NUEVOS ESTÁNDARES DE COMUNICACIONES.**

Hemos descrito hasta ahora cómo la coordinación sociosanitaria, apoyada por el uso adecuado de las TIC, son piezas clave en el nuevo modelo de atención. Esto conlleva el intercambio de información entre fuentes de datos muy dispares. La interoperabilidad es un enorme reto, no sólo para romper las barreras entre lo social y lo sanitario, sino que incluso lo es dentro de los sistemas sanitarios en sí. En este caso, el de los sistemas sanitarios, ya existen iniciativas para ayudar a superar el problema de la interoperabilidad entre diferentes sistemas de información. Estándares como HL7 (que ofrece un “estándar de mensajería” que facilita el intercambio electrónico de datos de salud), su evolución en el estándar FHIR, y otros como OpenEHR (que describe

<sup>1</sup>[http://cordis.europa.eu/project/rcn/191847\\_en.html](http://cordis.europa.eu/project/rcn/191847_en.html)

<sup>2</sup><http://www.independent-project.eu/home.html>

la administración y almacenamiento de información sanitaria en forma de informes de historia clínica electrónica), buscan facilitar el intercambio de información entre sistemas sanitarios. Pero estos estándares, que han resultado muy útiles, han sido diseñados sin tener en cuenta el componente social de la atención sociosanitaria.

Hace falta un nuevo estándar de comunicaciones, apoyado por sistemas públicos de sanidad y servicios sociales, para controlar y canalizar las novedades, y ya se ha lanzado una nueva iniciativa, el European Digital Telehealthcare Protocol, Ensom (traducción al griego de la palabra “integración”). No existen, por otro lado, estándares para el intercambio de información social. Por lo tanto, en un contexto de atención coordinada sociosanitaria, es necesario no sólo la estandarización de la interoperabilidad entre sistemas sociales, sino que se hace ya necesario un protocolo que, teniendo en cuenta los actuales estándares sanitarios, permita el intercambio de información sociosanitaria entre diferentes sistemas. Como punto de partida, dicho estándar debería contemplar:

1. Datos digitales de Teleasistencia, usando como referencia el modelo de teleasistencia proactiva que hemos descrito y que permite implementar políticas de atención preventiva a gran escala.
2. Datos de telemedicina, monitorización de constantes vitales (móvil o domiciliaria), tecnologías que están ampliamente extendidas que proporcionan información muy valiosa para los cuidados extra-hospitalarios, monitorización continua y

detección de riesgos.

3. Resultados Comunicados por el Paciente (PROMs, Patient Reported Outcome Measurements), una valiosa fuente de información para medir y reaccionar en función de los resultados de los autocuidados y la atención coordinada, y para el empoderamiento del paciente (o de las personas antes de convertirse en “pacientes”) (Prior, 2016).
4. Internet de las Cosas usando datos sociales, médicos y de bienestar, ya que como se ha mencionado, en un futuro próximo proporcionarán una información muy valiosa para la prevención y predicción en atención sociosanitaria.

Un aspecto clave en el nuevo protocolo, dada la naturaleza de los datos que se manejan, es el de la seguridad, tomando como referencia el nuevo marco legislativo de privacidad de datos de la UE (Reglamento (UE) 2016/679).

Ya se están dando los primeros pasos en esta dirección, como refleja el hecho de que la necesidad de este protocolo será uno de los temas incluidos en la conferencia de la presidencia rotativa de Estonia de la Comisión Europea, Health in the Digital Society. Digital Society for Health, organizado por la European Connected Health Alliance en Tallin en octubre este año.

Este nuevo protocolo permitirá a las Administraciones Públicas identificar nuevas necesidades a partir de las cuales proporcionar nuevos servicios coordinados de atención social y sanitaria. Al mismo

tiempo, para el sector privado y el tercer sector, será una guía a la hora de competir abierta y equitativamente en el mercado de las soluciones tecnológicas interoperables que serán la base del nuevo modelo socio-sanitario, respondiendo así a las necesidades del sistema.

## 6. EL FUTURO DE LA TELEASISTENCIA Y EL TELE-CUIDADO.

El modelo de teleasistencia proactiva aquí expuesto se encuentra ampliamente extendido en España y es utilizado por cerca de 800.000 usuarios (DBK, 2016). Este modelo tiene un enorme potencial para mejorar la forma en que se presta la atención social y sanitaria, ayudando a su sostenibilidad. El futuro de la teleasistencia pasa por ser una pieza clave en la implementación del modelo de cuidados preventivos.

Estudios como el realizado por la Robert Wood Johnson Foundation y el Population Health Institute de la Universidad de Wisconsin (Robert Wood Johnson Foundation, 2015), demuestran que el peso de la atención clínica en los resultados sanitarios es limitado (20%), en comparación con el impacto sobre la salud que tienen otros factores: socio-económicos, como la educación, el empleo, la atención social y la seguridad (40%) o los hábitos de vida (30%) - el 10% restante se atribuye al entorno (calidad del agua, aire, vivienda). Actuar sobre estos factores ayuda a prevenir intervenciones posteriores, más costosas, y a mejorar la calidad de vida.

El modelo de teleasistencia proactiva como se ha descrito en este artículo se

puede extender a un modelo de telecuidados más extenso. Por poner un ejemplo, son muchos los programas o aplicaciones de mejora de hábitos de vida saludables que fracasan por la falta de motivación de los pacientes (CHIC, 2011). Estos programas buscan prevenir problemas de salud modificando los hábitos de vida para hacerlos más saludables. Las intervenciones proactivas, con llamadas de apoyo, recordatorio y formación, mejorarían la adherencia a estos programas incrementando el impacto sobre la mejora de hábitos de vida, ya que estas llamadas no sólo permiten a los usuarios superar los obstáculos y dudas sobre estos programas, sino que el hecho de saber que hay un seguimiento profesional aumenta su confianza y evita en buena medida que los pacientes abandonen los programas antes de tiempo.

Por otro lado, la atención proactiva irá evolucionando gracias al análisis de datos importados de fuentes tanto sociales como sanitarias. La valiosa información generada en la teleasistencia, en combinación con información sanitaria (siempre respetando los máximos estándares de privacidad y seguridad) puede ser analizada para detectar patrones y tendencias en base a los cuales diseñar, planificar y ejecutar intervenciones proactivas que ayuden a prevenir problemas posteriores. Además, el desarrollo y la generalización del Internet de las Cosas (IoT), abre nuevas posibilidades para la prevención. IoT engloba el concepto de la conexión digital de objetos cotidianos con internet. Este concepto, que ya se está desarrollando y que crecerá enormemente en los próximos años, generará una cantidad ingente de datos, muchos de los

cuales pueden tener un gran valor para la prevención sociosanitaria. No sólo los datos provenientes de dispositivos sanitarios o de teleasistencia, sino de muchos otros dispositivos habituales de uso doméstico cuya información, si se procesa con los algoritmos adecuados, puede proporcionar información muy útil sobre la salud y los hábitos de vida (obviamente, garantizar la seguridad y privacidad en el uso de estos datos es uno de los retos a superar).

Ya se han mencionado iniciativas concretas de coordinación sociosanitaria, que demuestran que es tecnológicamente y organizacionalmente posible. Para profundizar en esta coordinación es necesario realizar cambios de gran calado en el sistema, cambiando procedimientos de trabajo, creando nuevos roles, formando a profesionales, etc. Este cambio sólo será posible si se ponen los recursos necesarios, se desarrollan estrategias a largo plazo, un liderazgo que permita gestionar el cambio y se usan las herramientas tecnológicas adecuadas para romper las barreras entre los diferentes sistemas.

Por estas razones, los autores de este artículo proponemos y trabajamos en un nuevo modelo de teleasistencia centrado en ofrecer servicios preventivos a través del sistema social y sanitario, incrementando la calidad y reduciendo los costes, respetando y aprovechando las infraestructuras que ya existen y creando potentes sinergias que permitan mejorar la coordinación sociosanitaria centrada en la persona. Como proveedores tecnológicos, nuestro objetivo es desarrollar las herramientas tecnológicas necesarias para ello.

## 7. REFERENCIAS.

R. Bengoa, Dr A. Stout, B. Scott, M. McAlinden, M.A. Taylor (2016), Systems not structures: Changing Health and Social Care.

<https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/expert-panel-full-report.pdf>

D. Campbell en The Guardian (2016), Social care cuts take English service to tipping point, regulator warns.

<https://www.theguardian.com/society/2016/oct/13/social-care-cuts-take-english-service-to-tipping-point-regulator-warns>

M. Elovainio, C. Hakulinen, L. Pulkki-Råback, M. Virtanen, K. Josefsson, M. Jokela, J. Vahtera, M. Kivimäki (2017), Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study, Lancet Public Health 2017.

[http://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(17\)30075-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(17)30075-0/fulltext)

Robert Wood Johnson Foundation/ University of Wisconsin Population Health Institute (2015), 2015 County Health Rankings, Key findings report.

<http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2015/rwjf418649>

Consumer Health Information Corporation (2011), Motivating patients to use smartphone health apps.

<http://www.consumer-health.com/motivating-patients-to-use-smartphone-health-apps/>

F. Prior, T. Dawson (2016), Development of a Holistic Health Economic Evaluation Tool Leveraging Patient Self-Report, 9th International Conference on Developments in eSystems Engineering (DeSE), IEEE.  
<http://ieeexplore.ieee.org/document/7930624/>

DBK Informa (2016), Servicios Asistenciales a Domicilio.  
<https://www.dbk.es/es/estudios/15712>

# LA ATENCIÓN INTEGRADA DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROCESO DE RELACIÓN: LA EXPERIENCIA DE VILANOVA I LA GELTRÚ.

**ARANTZA RODRÍGUEZ JUANO**

Trabajadora Social. Coordinadora de proyectos y trabajo en red de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Vilanova i la Geltrú.

## SUMARIO

**1. NOS PRESENTAMOS.**

**2. PERO ES NECESARIO ENTREVER LAS NUEVAS AMENAZAS.**

**3. EL MODELO COLABORATIVO DE VILANOVA I LA GELTRÚ.**

**3.1. De aquello que nos dimos cuenta: nuestro primer año de trabajo.**

**3.2. Nos ponemos a ello: nuestro segundo año de trabajo.**

**3.3. Empieza a dar su fruto: nuestros dos últimos años de trabajo.**

**3.4. Evaluamos el modelo.**

**4. BIBLIOGRAFÍA.**

## PALABRAS CLAVE

*Trabajo en red; coordinación sociosanitaria; modelo colaborativo; atención integrada.*

## RESUMEN

Este artículo describe las claves que han sustentado el proceso de relación y de coordinación entre los servicios de atención primaria social y sanitaria de Vilanova i la Geltrú y desvela las premisas esenciales que pueden resultar útiles a profesionales y a dispositivos que estén inmersos o interesados en abordar un proceso análogo. Muestra también los resultados de esa sinergia, lo que se ha gestado y hasta donde ha sido posible avanzar, señalando las amenazas y la complejidad implícita de un proceso de relación que suma cerca de doscientos profesionales.

La atención integrada solo será factible cuando todos los niveles de ambos sistemas asuman con pleno convencimiento que no hay otro camino posible y que las consecuencias de no hacerlo son nefastas. Pero esto implica remover intereses, estructuras y dinámicas que arraigan una inercia en dirección contraria. Y mientras todo esto acontece, nacen y crecen iniciativas movidas por las buenas intenciones y por la evidencia. La que en este artículo compartimos, es una de ellas.

## KEYWORDS

Networking; Collaborative model; PIAISS; Vilanova i la Geltrú.

## ABSTRACT

*This article describes the keys that have underpinned the relationship and coordination process between the primary social and health care services in Vilanova i la Geltrú and reveals the essential premises that may be useful to professionals and devices that are immersed or interested in addressing a similar process. It also shows the results of this synergy, what has been developed and how far it has been possible to advance, pointing out the threats and implicit complexity of a relationship process that amounts to nearly two hundred professionals.*

*Integrated care will only be feasible when all levels of both systems assume with full conviction that there is no other possible path and that the consequences of not doing so are harmful. But this involves stirring interests, structures and dynamics that are rooted in inertia in the opposite direction. And while all this is happening, initiatives are appearing and growing, driven by good intentions and by evidence. We share one of these in this article.*

## 1. NOS PRESENTAMOS.

No es casual sino causal que Vilanova i la Geltrú sea uno de los municipios inmersos en un proceso de coordinación entre los servicios de atención primaria social y sanitaria<sup>2</sup>.

La inercia de la atención disociada se rompió en el año 2009 con la entrada en funcionamiento de un nuevo equipamiento que daba cobertura a cerca de un tercio de nuestra población. Este dispositivo integraba física, funcional y organizativamente la atención social y sanitaria de las personas y las familias de su área geográfica.

La valiosa experiencia de abordaje integral del Centro de Atención Primaria Integral (CAPI)<sup>3</sup> ha sido motor para empezar un camino paralelo en los dos territorios en los que nuestro municipio tiene Centros de Atención Primaria de Salud y equipos de intervención social de Servicios Sociales Municipales, que hasta ese momento permanecían en mundos mutuamente desconocidos. Dos espacios de atención prácticamente autistas, salvo excepciones de coordinación entre algunos profesionales de atención directa, algún protocolo que nos conecta y el puente de enlace de la trabajadora social sanitaria.

La voluntad de este artículo es compartir la mirada, los anhelos y el proceso que lo han hecho posible por si puede servir a quien esté comprometido en un proceso si-

milar o a quien albergue sus dudas sobre cómo iniciarlo.

Tener una mirada enfocada y nítida en esta dirección, el anhelo y la convicción de tener que hacerlo, y dibujar un proceso que incorpore unas premisas básicas y consensuadas son tres núcleos que sostienen nuestro proyecto.

## 2. PERO ES NECESARIO PODER ENTREVER LAS NUEVAS AMENAZAS.

Antes de entrar en más detalle sobre este recorrido creo interesante hacer un zoom. Se trata de apuntar algunos elementos que, desde un plano panorámico -y más allá de una microintervención de coordinación limitada a un área geográfica como puede ser la nuestra-, están formando parte de los movimientos de freno para llegar a atender y a entender a las personas desde una integración asistencial sociosanitaria.

Si nadie discute, bajo un enfoque técnico, que lo social y lo sanitario son ámbitos indisolubles y sobran argumentos para defenderlo, ¿por qué también se pone en duda? Una de las respuestas a esta pregunta es que el modelo no está exento de amenazas.

La construcción de un espacio social y sanitario común es un proceso movido por voluntades, pero también paralizado por complejidades, miedos, escepticismos y resistencias. Creo que hablar de ello nos

<sup>2</sup> Desde junio de 2013 Vilanova i la Geltrú es uno de los municipios de despliegue del Modelo Colaborativo promovido por el Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS), de la Generalitat de Catalunya. El modelo colaborativo tiene como objetivo principal buscar la intersección de trabajo conjunto entre los profesionales de Servicios Sociales Básicos y de Atención Primaria de Salud.

<sup>3</sup> El Centro de Atención Primaria Integral del Barrio de Mar (CAPI Baix a Mar) se crea como un tercer espacio de atención sumándose a las dos Áreas Básicas de Salud (ABS) que tenía nuestro municipio. El equipo social que daba cobertura a esa zona se traslada a este nuevo equipamiento liderado por una doble dirección social y sanitaria. Vilanova i la Geltrú queda así configurada con tres áreas de atención: la zona 1, atendida desde el ABS1 y el equipo social de la zona Ponent; la zona 2, atendida desde el ABS2 y el equipo social de la zona Llevant; y la zona 3, atendida en el CAPI.

acerca al núcleo de los aspectos que subyacen, que están en un plano más o menos consciente y que no siempre se explicitan.

Como barreras al proceso se ha reiterado la complejidad implícita en la transformación profunda que requiere de ambos sistemas implicados, la dificultad de comunión entre dos lenguajes y culturas organizativas e institucionales diferentes, la falta de sistemas de información compartidos y compatibles, o la tan recurrente resistencia al cambio. Pero no se ha hablado tanto de cuestiones, seguramente más incómodas, que inevitablemente operan en los diferentes actores necesarios para el cambio de modelo, sean estos de la esfera política, sean líderes de las instituciones implicadas o sean profesionales de primera línea de atención.

Señalemos algunos de estos aspectos, tal vez más inconfesables, que son vividos como amenazas del modelo:

- La desconfianza que entre los profesionales genera el hecho de pensar que este movimiento está fundamentalmente sostenido por un interés economicista, en lugar de motivado por una voluntad real de ofrecer una intervención holística, desde el compromiso y la responsabilidad de mejora de la atención a las personas.

Se han escrito muchas páginas sobre la insostenibilidad del actual sistema por cuestiones de evolución demográfica. Sumémosle a ello que la mayoría de experiencias de coordinación ya iniciadas se han reducido al espacio común de la atención a la cronicidad y a la dependencia, -ambas de elevado coste sociosanitario-,

perdiendo así la gran oportunidad de trabajar juntos en muchos otros ámbitos de intervención. Salud mental, infancia, familia, mujer o drogodependencia podrían ser algunos ejemplos de sinergia de resultados asegurada bajo una intervención bio-psico-social.

La argumentación de eficiencia y eficacia como defensa del nuevo modelo alimenta esta desconfianza, entendiendo que resuenan a coartadas siempre utilizadas para reducir el gasto y adelgazar los servicios públicos.

Podemos estar de acuerdo en que, desde esta base de recelo sobre el propósito, será difícil construir un proceso conjunto.

- Hablamos de procesos que conllevan inevitablemente modificar el status quo -situación, intereses y perspectivas actuales de cada agente, profesional, grupo u organización involucrados en el cambio-. Este aspecto nuclear inhibe la consistencia del compromiso de participación necesaria en el despliegue de la iniciativa (Artells, 2015: 66).

- El miedo a que el pez grande de la salud se coma al pez pequeño de lo social. La diferencia de peso específico entre ambos sistemas (Fantova, 2015) abre el miedo a compartir carteras y a avanzar en un proceso de cambio que no sea únicamente periférico, sino que represente una verdadera integración estructural, organizativa y económica.

Por poner un ejemplo, he oído más de una vez (prudentemente, solo en conversaciones

de pasillo) el temor a que el interés en el concurso de los Servicios Sociales básicos en este proceso responda en buena medida a la utilidad y bajo coste de la cartera de servicios de atención a domicilio.

La dificultad en ver reflejado un discurso social en los diferentes argumentarios y documentos teóricos sobre el nuevo modelo tampoco pasa desapercibida<sup>4</sup>. La defensa del trabajo social sanitario también entra en alerta bajo la posibilidad de que su tarea quede desdibujada o su utilidad cuestionada en un modelo de atención integrada<sup>5</sup>.

Si el proceso no se desarrolla desde una co-creación en un plano de absoluta igualdad, despertará la sospecha de quien se sienta rezagado por la inercia del más poderoso.

- El descrédito ante un objetivo que puede intuirse como utópico por su enorme complejidad, por el histórico de intentos frustrados que ha quedado en la memoria de muchos, y por la duda razonable sobre la falta de verdadera voluntad, continuidad y generosidad política, más allá del discurso. Sólo es posible avanzar en este camino desde una posición de generosidad política y técnica, movilizadas al poner en el centro de las decisiones a las personas, y no a las instituciones o a los presupuestos. Esto implicará estar dispuestos a ceder una parte de poder en beneficio de un bien colectivo de mayor dimensión.

<sup>4</sup> Sirva como ejemplo gráfico la ausencia de la palabra social en el nombre del Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS), paradójicamente una gran iniciativa que tiene como intención dar visibilidad y difusión a experiencias conjuntas de colaboración entre los sistemas social y sanitario.

<sup>5</sup> Desde nuestra experiencia podemos compartir que se produce el efecto contrario, fundamentalmente porque los profesionales sanitarios incorporan una mirada social que facilita y amplía el trabajo social sanitario y, por tanto, todo aquello que nos pone en relación.

<sup>6</sup> Es un grupo motor formado inicialmente por 7 personas que mantenemos desde el inicio un espacio de reunión mensual. Durante el segundo año de trabajo este núcleo motor se amplía e incorpora a las direcciones del resto de dispositivos implicados. Quiero destacar el acierto en la decisión de incorporar a la trabajadora social sanitaria como parte integrante del equipo: su papel ha sido fundamental por ser conocedora de buena parte de los elementos que acabarán siendo la intersección entre

De todos estos temores nos tenemos que ocupar. Significa, al fin y al cabo, poder reconocer y abrazar la complejidad en un proceso que necesita de multitud de ingredientes.

### 3. EL MODELO COLABORATIVO DE VILANOVA I LA GELTRÚ.

#### 3.1. De aquello que nos dimos cuenta: nuestro primer año de trabajo.

La asimetría de atención en relación a la intervención coordinada de nuestro municipio nos movió a buscar un camino de encuentro en las dos zonas geográficas en las que la intervención simultánea de los servicios sociales y sanitarios se realizaba de manera paralela, prácticamente bajo un modelo de “suma cero”.

Era necesario intuir un recorrido propio que no podía replicar el proceso que había constituido al CAPI. No se daba la condición fundamental de compartir espacio físico y partíamos de equipos ya conformados que, histórica y culturalmente, se han comunicado a través del enlace de la trabajadora social sanitaria.

El núcleo de este proceso de relación entre profesionales empieza con la constitución de un equipo motor formado por las direcciones de los dos Centros de Atención primaria de Salud y de los Servicios Sociales Municipales<sup>6</sup>.

Dedicamos un tiempo preliminar de doce meses de trabajo que nos sirvió para varios propósitos:

1. Acordar con pleno convencimiento que la población diana de este proyecto no se limitaría a un único ámbito de intervención y, por tanto, se plantearía en el marco de cualquier dificultad susceptible de que una intervención conjunta obtenga mejores resultados<sup>7</sup>. La segunda decisión, en correspondencia con la anterior, fue incorporar a este proceso de trabajo en red a los servicios de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) y de adultos (CSMA), y al servicio de atención a las drogodependencias (CAS). El conjunto de los cinco servicios sumamos un total de 191 técnicos de diferentes disciplinas: trabajo social, medicina, educación social, enfermería, pediatría, psiquiatría, psicología y odontología.

2. A lo que metafóricamente llamábamos *corregir la miopía*: llegar a conocer con cierta profundidad qué hace cada cual no es tan inmediato, y es requisito previo para empezar a descubrir espacios comunes sobre el qué y sobre el cómo. Su puso también hacer confluir las miradas mostrando y ajustando las posibilidades y las expectativas que cada servicio tenía sobre en qué medida el otro podía complementarlo.

3. A tomar plena conciencia de que el proceso sería largo y complejo, y también de todo aquello que podía obstaculizarlo.

Para nosotros, hablar de modelo colaborativo es lo mismo que hablar de relación y por tanto entrarán en juego todas aquellas subjetividades que operan en cualquier relación profesional o humana. La complejidad implícita en el proceso está en ser capaces de gestionar predisposiciones diversas, comprensiones diferentes sobre el objeto de trabajo, visiones dispares sobre la amplitud de las intervenciones, o temores e ideas preconcebidas particulares de cada uno de los profesionales sobre lo que representa el trabajo en red.

Implica, al fin y al cabo, construir relaciones colaborativas que evidencien un enriquecimiento recíproco y que superen los efectos perniciosos ampliamente contrastados de las intervenciones fragmentadas.

Solo desde la certeza de su utilidad podrá sostenerse una trama de relaciones que no han tenido hasta ahora un espacio, y que han de buscarse proactivamente con un esfuerzo añadido. El trabajo colaborativo no se justifica por sí mismo independientemente de sus resultados, y ha de ser internalizado como un tiempo y una dedicación necesaria ante algunas circunstancias.

Susana Vega describe este proceso de una manera sumamente inspiradora: “las redes de relaciones que se apoyan en la ayuda mutua entre profesionales actúan como multiplicadoras de beneficios cuan-

<sup>7</sup> La mayor parte de experiencias de coordinación sociosanitaria iniciadas en los últimos años en Cataluña y en el conjunto de España se abordan en los ámbitos de la cronicidad, la discapacidad y la dependencia.

do se logra vivenciar y llevar a la práctica el vínculo de complementariedad” (Vega, 1997). El pensar en las redes como instrumento de trabajo plantea una de las tareas más complejas: el desafío de construir contextos colaborativos interequipos, interinstitucionales e intersectoriales. Para que ello sea posible, es necesario partir de una posición difícil de lograr, referida a que las experiencias de cambio se potencian cuando son socialmente compartidas con el objetivo de solucionar un problema común y se confirman cuando redundan tanto en beneficio de los profesionales como del usuario objeto de nuestra intervención.

4. Se nos hizo evidente que el éxito o el fracaso de esta iniciativa estaba en buena parte en dibujar un proceso que fuese adhiriendo voluntades y movilizando miradas en esta dirección. Para hacerlo posible era requisito que los profesionales implicados fuesen parte activa de la construcción del modelo. Un planteamiento vertical en este sentido está fuera de toda lógica y no hubiese obtenido ningún resultado.

El equipo motor tiene un cometido de impulso, de dar estabilidad, legitimidad y continuidad al proceso. También de cuidar y estar atento a todos los escollos, manteniendo una mirada apreciativa sobre los objetivos logrados para no caer en el desánimo ante la complejidad del engranaje. Pero en todo este trayecto, las ideas sólo serán validadas si surgen de un espacio y tiempo compartido entre los

profesionales de primera línea de atención. Son ellos, y nadie más que ellos, los que son capaces de apreciar qué nos pone en relación, y delante de qué intervenciones más complejas será necesario buscarnos.

5. Elaboramos una encuesta y convocamos a un grupo de discusión que nos sirve para contrastar nuestro propósito con las predisposiciones previas de los profesionales implicados. Nos permite, en buena manera, *medir la temperatura* y empezar a construir una narrativa colectiva sobre la necesidad de una atención compartida.

De los resultados de la encuesta podemos destacar que el 75% respondió en un sentido favorable a las ventajas que podía aportar el modelo colaborativo<sup>8</sup>.

El grupo de discusión se formó invitando a 23 profesionales seleccionados de manera que fueran representativos de los diferentes equipos de trabajo y del conjunto de disciplinas implicadas. El debate se planteó en torno a tres interrogantes: cuáles son los beneficios y las dificultades de una atención coordinada, y qué elementos necesarios debía incorporar el proceso. La opinión expresada por los profesionales queda resumida en el cuadro 1.

Buscando coherencia con todas las premisas básicas identificadas planteamos los espacios que darían continuidad al proceso desde la co-participación de todos los profesionales.

<sup>8</sup> La pregunta se formulaba de la siguiente manera: ¿Crees que poder trabajar de manera conjunta y coordinada puede aportarte ventajas? El 25% restante respondió “no lo tengo claro, me falta información para decidirlo” o “no, haría más complicado mi trabajo”. El total de la encuesta incorporaba cuatro preguntas más.

La encuesta obtuvo un porcentaje del 58% de respuesta sobre el total de 124 profesionales de atención primaria social y sanitaria consultados. La encuesta no incluyó a los técnicos de CSMA, CSMIJ y CAS, sí que los incorporó posteriormente en el grupo de discusión.

### Cuadro 1: Aportación de los profesionales que configuran el grupo de discusión.

#### En relación a los beneficios de la atención coordinada:

- Compartir información nos permite ampliar el diagnóstico.
- Posibilita un plan de trabajo más amplio con objetivos comunes de intervención.
- Supera una visión fragmentada y la sustituye por una mirada integral.
- Evita duplicar intervenciones.
- Representa un especial beneficio en situaciones de alta complejidad.
- Facilita trabajar con personas poco vinculadas a ambos ámbitos.
- Nos da agilidad y efectividad en las urgencias.

#### En relación a las dificultades de la atención coordinada:

- No existe una cultura previa de trabajo integrado.
- Resistencias a nuevos modelos de trabajo.
- Para coordinarse es necesario dedicar un tiempo del que no disponemos.
- Tenemos diferentes miradas y diferentes lenguajes: no nos conocemos.
- Es necesario por parte de todos flexibilidad y adaptabilidad.
- Es necesario que las direcciones de los servicios lo faciliten.

#### En relación a las claves que ha de incorporar el proceso:

- Previamente es necesario conocernos y generar confianza.
- Nuestra relación ha de ser cercana y ágil.
- Necesitamos el consentimiento informado de las personas para compartir información.
- Se han de buscar espacios de trabajo o de formación compartidos.
- Hacer compatibles nuestros sistemas informáticos.
- Si no le vemos una utilidad, el modelo no tendrá ningún futuro.

### 3.2. Nos ponemos a ello: nuestro segundo año de trabajo.

A lo largo de los doce meses siguientes se plantean tres espacios consecutivos que ponen en relación directa a los profesionales de los cinco servicios implicados.

Buscamos compartir un trabajo de debate y reflexión a propósito de nuestro grado de interdependencia, de qué eficacia nos resta trabajar en paralelo, y de cuáles han de ser las circunstancias para que la intervención coordinada se produzca. Traducido a interrogantes, sería lo mismo que responder a

las preguntas: dónde hay tarea compartida, cuál es nuestro interés común y cómo hacerlo posible.

Describo brevemente cómo han sido las tres etapas del proceso y lo más significativo que puede rescatarse respondiendo al interés de este artículo<sup>9</sup>.

#### *Primer Plenario.*

Convoca a todos los profesionales que conforman los servicios implicados. Este primer encuentro responde a cuatro objetivos.

El primero es compartir la reflexión y las premisas básicas que han emergido en el seno del debate del grupo motor, de las aportaciones de la encuesta y del diálogo del grupo de discusión.

El segundo es colectivizar un significado común del proceso que estábamos iniciando: qué significa coordinación y trabajo conjunto de casos, y qué modifica respecto a lo que hemos venido haciendo hasta ahora. Se comparten también los resultados evaluados en el CAPI, en relación al nivel de satisfacción de los profesionales y los beneficios de la intervención compartida.

Como tercera intención, nos permite compartir una primera información de la organización, del objeto de trabajo y de las carteras de recursos de ambos sistemas. Una primera fotografía que posibilita empezar a mirarnos, y especialmente descubrir un sistema de servicios sociales municipa-

les muy desconocido para los profesionales sanitarios.

Por último, el plenario se cierra configurando la continuidad del trabajo conjunto y estructurando cinco espacios de diálogo y decisión. Serán ellos los que acabarán determinando los pormenores del modelo colaborativo de Vilanova i la Geltrú, desde el debate generado entre los profesionales de primera línea de atención.

#### *Constitución de cinco equipos de trabajo.*

Durante siete meses de trabajo, cinco grupos formados por profesionales sociales y sanitarios representativos de todos los servicios, trabajan en paralelo a propósito de cinco ámbitos de intervención: infancia, mujer y familia, drogodependencia, discapacidad y dependencia, y salud mental.

En conjunto esta organización puso en relación a 43 personas en un total de 25 reuniones mantenidas.

El encargo compartido que tenían los cinco grupos era interrogarse y plantear ideas sobre tres cuestiones principales:

- El porqué de la atención integrada: motivos que la fundamentan, beneficios esperables y objetivos realistas en clave de proceso;
- El sobre qué nos hemos de coordinar o intervenir: ante qué situaciones o indicadores se precisaría la ayuda del otro, y qué circunstancias nos plantean un trabajo necesariamente conjunto;

<sup>9</sup> Estamos abiertos a compartir, con quien pueda resultarle útil, el material generado en el proceso de trabajo, así como el diseño de las herramientas y guiones que estructuraban la tarea.

- Cómo y cuándo establecer abordajes compartidos: identificar los protocolos que ya nos ponen en relación, alternativas de trabajo común en función de la complejidad, y canales de comunicación o encuentros factibles por ambos lados.

Además de generar acuerdos sobre estas cuestiones, planteamos a todos los grupos que durante la última sesión –por el grado de cohesión y reflexión que previamente se habrá gestado- trabajen sobre un caso real. Este ejercicio incide en evidenciar la utilidad del modelo desde la idea que la coordinación profesional no se transmite con ideales sino con prácticas efectivas (Ubieto, 2007).

### *Segundo plenario.*

Convoca nuevamente a la totalidad de profesionales y el protagonismo en esta ocasión es para las conclusiones de los cinco grupos de trabajo.

Cada cual expone al conjunto de profesionales el debate y las ideas generadas en cada ámbito de actuación, así como las nuevas posibilidades de intervención que se han abierto a propósito del supuesto práctico. Es interesante destacar la coincidencia y la complementariedad de las ideas aportadas por los cinco grupos en las cuestiones transversales, y las diferencias que particularmente pueden derivarse de los procesos de cada ámbito.

Procurando ser congruentes con los aspectos identificados a lo largo de todo el

proceso de trabajo, el equipo motor cierra el plenario con los siguientes compromisos:

- Elaborar un documento de base del modelo colaborativo de nuestra ciudad que sintetice y contenga de manera operativa las premisas y los circuitos en los que se sustenta el trabajo colaborativo<sup>10</sup>;
- Crear un directorio conjunto con los datos de contacto de todos los profesionales implicados. Se actualiza y envía periódicamente;
- Incorporar a nuestros servicios un consentimiento informado a través del cual las personas atendidas nos autorizan a compartir información relativa a sus circunstancias;
- Preservar la disponibilidad de todos los profesionales –excepto los servicios de guardia o urgencia- cerrando las agendas el mismo día del mes durante una hora y media. Este espacio común facilita la coincidencia de agendas para coordinaciones presenciales o visitas domiciliarias conjuntas. Esta medida no resta libertad y prioridad para encontrarse tantas veces cuantas sea necesario, simplemente lo facilita
- Ampliar el grupo motor inicial -tractor del proceso- e incorporar a las reuniones mensuales a las direcciones de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) y de adultos (CSMA), y al servicio de atención a las drogodependencias (CAS).

<sup>10</sup> Es un documento interno, no publicado, que tiene como título *Modelo Colaborativo de Atención Social y Sanitaria en la Ciudad de Vilanova i la Geltrú*.

### 3.3. Empieza a dar su fruto: nuestros dos últimos años de trabajo.

El empeño del equipo motor durante esta última etapa ha sido seguir abriendo nuevos horizontes de relación. Estar atentos a descubrir y aprovechar estas sinergias es un reto estimulante que nos ha llevado a nuevas decisiones a lo largo de estos dos últimos años. Compartimos algunas (ver cuadro 2):

- Renovar conocimientos de manera conjunta planteando formaciones de interés mutuo, bien sea sobre temas transversales (trabajo en red por ejemplo) o sobre temas particulares ya identificados a lo largo del proceso. Para operativizar esta decisión un subgrupo del equipo motor se constituye como equipo de trabajo que organiza formaciones dirigidas a los 191 profesionales;
- Dar continuidad a cuatro de los cinco grupos de trabajo, para seguir dando espacio a la reflexión-acción compartida sobre la atención en los diferentes ámbitos del modelo: drogodependencias, salud mental, infancia y dependencia. Son equipos de trabajo, que igual que en su etapa inicial, están formados por profesionales sociales y sanitarios de los diferentes servicios implicados. Se organizan con autonomía, tanto en el calendario de reuniones como en los objetivos y prioridades de su tarea. Están liderados por un profesional que también forma parte del grupo motor. Esto permite conexión directa y coherencia entre los dos ejes impulsores de nuestra experiencia: el grupo motor y los grupos de trabajo;
- Enviar periódicamente información de interés común vía correo electrónico al conjunto de profesionales como grupo de distribución. Toma forma a partir de aquí la “Circular MC”, un boletín digital que se envía a 191 direcciones electrónicas;
- Crear un logotipo del modelo colaborativo que nos identifique como conjunto. Puede parecer a priori una idea banal, pero simbólicamente refuerza un sentimiento de pertenencia compartida. Toda la información que se envía y edita incorpora esta imagen identificativa del modelo;
- Evaluar los resultados del proceso realizando una encuesta a todos los profesionales;
- Estar atentos e intervenir cuando los profesionales se buscan para trabajar en común y no encuentran respuesta ágil del otro lado. Este es uno de los pilares del modelo, ha de funcionar y ha de ser fácil. El documento pactado de consentimiento informado nos permite compartir información, aún así, no todos los servicios lo han incorporado y el cumplimiento de la normativa de protección de datos sigue siendo algo pendiente de resolver en algunas circunstancias;
- Ampliar la red de servicios implicados. El trabajo en red es en sí mismo ilimitado, puede hacerse más tupido y pueden tejerse nuevas relaciones. Diversos dispositivos del territorio han mostrado su voluntad de formar parte de los servicios inmersos en el modelo. Actualmente éste es para nosotros un nuevo recorrido: abrir perímetros y dar entrada a otras organizaciones;

el servicio especializado de protección a la infancia, la atención sanitaria hospitalaria o el servicio de estimulación precoz, son algunos ejemplos.

**Cuadro 2: El Modelo Colaborativo de Vilanova i la Geltrú.**



Más allá del trabajo conjunto con usuarios-pacientes-familias, las sinergias del modelo cobran vida propia y brindan oportunidades que se van descubriendo en el proceso de relación: de encontrarnos, de ponernos a pensar y a hacer juntos. Son los frutos de las ganas, de la ilusión, de descubrir zonas vacías, de ver recorridos de mejora, de identificar necesidades emergentes...

Brevemente, mostramos algunos de los resultados de los dos últimos años de proceso. Estos son, en última instancia, los efectos y los afectos de esta relación:

1. Formaciones conjuntas y conferencias que se organizan con periodicidad trimestral y convocan a todos los profesionales implicados (191). Los temas elegidos son estratégicos y de interés mutuo. Más allá del objetivo de renovar conocimiento, la formación compartida ofrece nuevos espacios de relación y facilita una mirada y un saber hacer común.
2. Elaboración de un protocolo de detección e intervención en situaciones de maltrato a personas mayores. Ha sido la prioridad consensuada del grupo de trabajo del ámbito de la dependencia, y a ello han dedicado nueve meses de trabajo.

3. Elaboración de un protocolo de abordaje en situaciones de trastorno por acumulación- Síndrome de Diógenes. A partir de una formación conjunta sobre este tema se organiza un nuevo grupo de trabajo que tiene como objetivo dar forma al protocolo.

4. Nuevo proyecto de atención odontológica a personas que no pueden asumir el coste de los tratamientos bucodentales no cubiertos por la cartera pública. La iniciativa es posible gracias a la adhesión de servicios de odontología privados que crean una red de dentistas socialmente comprometidos en nuestra ciudad.

5. Sesión de trabajo entre educadores sociales y pediatras sobre recursos e intervención de los servicios sociales municipales en el ámbito de la infancia.

6. Sesiones de interconsulta en casos de patología dual. Los profesionales del Centro de Atención a Drogodependencias se desplazan, a demanda, al Servicio de Salud Mental para hacer entrevistas conjuntas en abordajes complejos de adicción y enfermedad psiquiátrica.

7. Elaboración de un protocolo de detección, actuación y coordinación entre el servicio de pediatría y los centros escolares del municipio. El Protocolo Salud-Escuela ha sido iniciativa del grupo de trabajo de infancia, y ha sumado la complicidad del servicio de inspección educativa.

### 3.4. Evaluamos el modelo.

Un año después de haber dado inicio operativo al modelo (enero de 2016) decidimos elaborar una encuesta que nos permita obtener una visión global de resultado y dirigir nuevos esfuerzos en la dirección más oportuna. La intención está enfocada sólo a obtener datos sobre la coordinación y el trabajo conjunto entre profesionales; no valora, por tanto, otros logros y derivadas del modelo.

El cuestionario se diseña a partir de tres ejes que nos interesa conocer: el grado de uso, el grado de utilidad y la identificación de líneas de mejora; con un número de preguntas de 4, 3 y 3, respectivamente. Se dirige mediante encuesta online a 191 profesionales y se consigue un grado de respuesta del 58,6%, 112 respuestas.

Estos son algunos de los resultados que nos parecen más relevantes, hacen referencia a un año natural de actuación:

En relación al grado de uso y en el contexto del modelo, de las respuestas obtenidas, 78 profesionales habían establecido contacto con otro servicio para intervención conjunta; de ellos un 57% en más de 4 ocasiones y un 43% de 1 a 3 ocasiones. Del total de coordinaciones, un 62% son presenciales y el resto telefónicas o por correo electrónico.

En relación al grado de utilidad los resultados muestran que el trabajo común del caso ha permitido:

- Agilizar o priorizar una actuación: 56 respuestas;

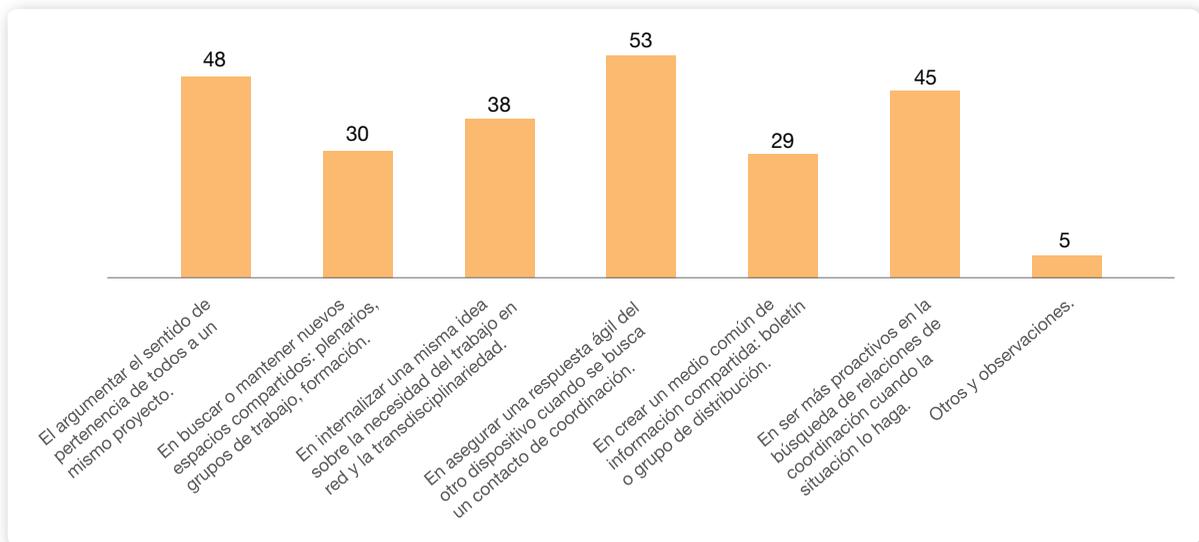
- Obtener una información relevante para la intervención: 53 respuestas;
- Ampliar la mirada de la realidad conocida: 42 respuestas;
- Hacer un nuevo diagnóstico y modificar la intervención: 39 respuestas.

La respuesta abierta a la pregunta sobre

en qué contextos o para qué objetivos ha sido útil el modelo muestra tres respuestas más coincidentes: para trabajar casos complejos, para aplicar un enfoque-intervención holística, y para compartir responsabilidad y apoyo mutuo.

En relación a las líneas de mejora, el cuadro 3 muestra los resultados que serán hoja de ruta del modelo.

**Cuadro 3: El Modelo Colaborativo tiene que avanzar en...**



Acabo compartiendo una idea de José Ramón Ubieto que nos inspira: No hay tratamiento fuera de la red, ni es posible pensar nuestra intervención profesional al margen de otras intervenciones, las conozcamos o no. Todo lo que hacemos es relativo a nuestro lugar en la red, el tiempo de los saberes y las disciplinas absolutas pasó.

Y esta es la manera, no hay otra mejor. Y es importante que todos los servicios y los profesionales implicados internalicen que para que una experiencia como la nuestra

cobre forma sólida necesita tiempo: es proceso y más proceso.

Lo importante es que estemos en el camino, que la inercia sea esta, que la música que suene sea esta, y que siga sonando...

#### 4. BIBLIOGRAFÍA.

Antares Consulting (2010). Claves para la construcción del espacio socio sanitario en España. <http://www.antares-consulting.com>.

ARTELLS, Joan Josep (dirección) (2015). Escenarios de la integración de la atención social y sanitaria: consulta prospectiva 2015-2020. Barcelona, Fundación Salud, Innovación y Sociedad. <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2016/05/delphi-escenarios-atencion-social-y-sanitaria2015-2020.pdf>

CANAL, Ramón VILA, Toni y otros (2015). Hacia una atención integrada social y sanitaria. Para un nuevo modelo centrado en las personas. Dossier Catalunya Social nº 43. [http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2015/05/dossier\\_social\\_i\\_sanitaria.pdf](http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2015/05/dossier_social_i_sanitaria.pdf)

FANTOVA, Fernando (2016). Servicios Sociales y atención integrada. Actas de Coordinación Sociosanitaria nº 18, pp. 7-18. Fundación Caser. [http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/fcaser\\_revista-actas-18\\_20161125.pdf](http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/fcaser_revista-actas-18_20161125.pdf)

Generalitat de Catalunya (2015). Pla Interdepartamental d'atenció i Interacció Social i Sanitària. Model Català d'Atenció Integrada. Cap a una atenció centrada en la persona. [http://presidencia.gencat.cat/web/content/departament/plans\\_sectorials\\_i\\_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS\\_atencio\\_centrada\\_en\\_la\\_persona\\_201601.pdf](http://presidencia.gencat.cat/web/content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_atencio_centrada_en_la_persona_201601.pdf)

HERRERA, Emilio y otras (2013). Llenar el vacío. Documento de trabajo para el impulso de la continuidad entre los recursos de los sistemas sanitario y social. Madrid, Fundación Economía y Salud. <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2016/04/a.pdf>

SARQUELLA, Ester y otras (2015). “Atención integrada. Oportunitat, repte, necessitat? Transformant l'atenció a les persones.” Revista de Treball Social, nº 206, pp. 66-81. [http://www.tscat.cat/sites/default/files/rts\\_206\\_catala.pdf](http://www.tscat.cat/sites/default/files/rts_206_catala.pdf)

RODRÍGUEZ, Arantza (2015). Coordinación social y sanitaria: mirada, anhelo y proceso. El Modelo Colaborativo de Vilanova i la Geltrú. Revista de Trabajo Social nº 206, pp. 114-124. [http://www.tscat.cat/sites/default/files/rts\\_206\\_catala.pdf](http://www.tscat.cat/sites/default/files/rts_206_catala.pdf)

UBIETO, José Ramón (2007). Modelos de trabajo en red. Revista de educación social nº 36, pp 26-39. <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/165566/372129>

VEGA, Susana (1997). Instrumento de trabajo; en La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: la experiencia de Ciutat Vella. Barcelona: Ediciones Paidós, pp. 167-200.



## LA AGENDA CIENTÍFICA

La agenda de eventos científicos relacionada con la atención integrada ha estado muy activa en esta primera mitad de 2017. Así, el pasado mayo se celebró en Dublín la 17 Conferencia Mundial de Atención Integrada (ICIC17) organizada por IFIC (International Foundation of Integrated Care) y por el Ministerio de Salud del Gobierno de Irlanda. Asistieron presencialmente 1.200 delegados de 54 países y más de 3.500 personas lo siguieron por retransmisión en directo. Se tituló “Construyendo una plataforma para la atención integrada: lanzando el cambio que importa a las personas”. El congreso reunió a investigadores, clínicos y gerentes que participan en el diseño y la prestación de servicios integrados de salud y servicios sociales. Se compartió la experiencia y la evidencia más reciente sobre cómo integrar Salud Pública, Salud y Cuidados Sociales. Además, se trataron temas como los nuevos roles profesionales y estrategias de movilización de facilitadores clave.

En Madrid, también en mayo, la Fundación Edad y Vida organizó el VI Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida, que este año estuvo dedicado a la Atención Integrada y Centrada en la Persona. En este Congreso se puso de manifiesto la gran cantidad de experiencias que existen en España y el liderazgo que están asumiendo algunas Comunidades Autónomas. Como conferencia inaugural, Hernán Montenegro presentó la estrategia global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre “Servicios de salud integrados y centrados en las personas”. Hubo módulos, sesiones paralelas y talleres en los que se pudo aprender de muchos de los profesionales implicados en atención integrada del país.

Los días 6 y 7 de julio se ha celebrado en Vic el I Congreso de la Acción Social – Inclusión.cat que, en su primera edición, abordó la atención integrada social y sanitaria desde el ámbito de asuntos sociales. El congreso lo organizaron desde el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias y la Cátedra de Servicios Sociales de la Universidad de Vic – Universidad Central de Cataluña. Con esta primera edición “Inclusión.cat” quiere crear un espacio de conocimiento, reflexión y discusión en torno a los nuevos modelos de atención integrada entre los servicios sociales y los de salud.

## FUNDACIÓN CASER

La Fundación Caser ha otorgado los premios de carácter estatal “Dependencia y Sociedad”. En la categoría “Excelencia”, se ha premiado a la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos por el proyecto “Atención sociosanitaria integrada a personas sin hogar con trastorno mental grave: ECASAM”. En esta categoría, se concedió el

accésit a la Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ADELA), por su programa “Cerca de tí: Atención personal y vida autónoma para pacientes de ELA y sus familias”.

En la categoría “I+D”, Eduardo Rocón de Lima fue premiado por su proyecto CPWalker, una plataforma robótica (andador + exoesqueleto + neuroprótesis) que permite la implementación de novedosas terapias de rehabilitación de la marcha en niños con parálisis cerebral, a través del uso de numerosas tecnologías pioneras en el mundo de la rehabilitación. El accésit recajó en la Universidad Pompeu Fabra por el desarrollo de un interface musical adaptativo para personas con discapacidad.

En la tercera categoría, “Comunicación”, el periodista Angel Expósito de la Cadena COPE fue premiado por el programa que dirige, La tarde de COPE, por sensibilizar y promover la integración en la sociedad de las personas con discapacidad. Finalmente, el jurado otorgó dos “Menciones Especiales”: a la periodista Lary León, coordinadora de Contenidos y Proyectos de la Fundación Atresmedia, por su ejemplo de superación y al Hospital de Paraplégicos de Toledo, hospital de referencia nacional para lesionados medulares.

También se otorgaron los premios “Vida Sana en Andalucía” el pasado 6 de junio. Se han premiado las 2 mejores prácticas para fomentar estilos de vida saludable como medida para la prevención de la obesidad infantil y juvenil. Los ganadores han sido el C.E.I.P. Dr. Guirao Gea de Vélez Rubio (Almería) y el I.E.S. Guadalquivir de Córdoba.

La Fundación Caser ha puesto en marcha tres fabulosas iniciativas en favor de la autonomía personal y atención a la dependencia y la discapacidad, con el fin de que las personas construyamos la sociedad del bienestar desde la responsabilidad de cada uno de nosotros, convirtiéndonos así en protagonistas del desarrollo y del cambio social. Toda la información sobre estas iniciativas está en la página web de la Fundación Caser <http://www.fundacion-caser.org/>.

Con el objeto de facilitar información sobre recursos, trámites o servicios a la dependencia y discapacidad, se ha puesto en marcha el teléfono de atención gratuita a personas con discapacidad o con dependencia. El teléfono es 900 10 21 80 y atiende de lunes a viernes de 10 a 14 hrs.

## **ATENCIÓN TELEFÓNICA GRATUITA EN MATERIA DE DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD**

**900 10 21 80**

Y en la misma línea de prestar información gratuita, la web de la Fundación Caser incluye un buscador en el que se puede consultar todo lo relativo a discapacidad y dependencia: identificar los recursos, consultar sus contenidos, conocer los requisitos de acceso, procedimientos y trámites necesarios para poder beneficiarse de ellos. Introduciendo los datos de la

persona, se pueden localizar las ayudas que se ofrecen en función de la situación particular, el tipo de recurso o el área de actuación, entre otros.

<http://www.fundacioncaser.org/discapacidad>

La primera se titula “Historias de Superación”, que como su nombre sugiere, son relatos sobre personas con discapacidad y los valores que impulsan sus vidas: esfuerzo, constancia, capacidad de superación y confianza en uno mismo para superar obstáculos. El objetivo de estos ejemplos de superación es unir voluntades, movilizar, concienciar y sensibilizar sobre la cantidad de problemas y barreras (sociales, arquitectónicas, mentales...) a los que se enfrentan personas con discapacidad. “La discapacidad no es una tragedia, sino una circunstancia de la vida”, dice uno de los protagonistas, y puede ser, como lo testimonian muchos, el motor de creatividad.

## LA AGENDA POLÍTICA

El Consejo de Ministros aprobó el pasado 7 de abril la creación de un grupo de trabajo institucional para la Estrategia Nacional frente al Reto Demográfico. Este grupo asesorará al Comisionado del Gobierno en esa materia. En ella, se constató la preocupación por la evolución demográfica del país y los efectos de una baja natalidad, así como la disminución del número de jóvenes y un acusado proceso de envejecimiento. Desde la revista Actas esperamos que este grupo evidencie la creciente necesidad de ofrecer una atención sociosanitaria integrada a una población cada vez más envejecida.

## EL INFORME OMIS 2016

Por último, señalar la reciente publicación del Informe OMIS 2016 sobre Experiencias de Atención Integrada en España, elaborado por el Observatorio de Modelos Integrados en Salud de New Health Foundation. Este tercer informe se une a los dos anteriores de 2014 y 2015 y muestra los ilusionantes avances que se han venido produciendo a nivel internacional, nacional y en aquellas comunidades autónomas que están liderando la transformación de los sistemas de bienestar hacia la atención integrada. Hace referencia a las 19 experiencias registradas en 2016 y deja claro que los elementos fundamentales en los que se despliega la atención integrada son ya bien conocidos, se pueden observar y medir.

Como se indica en las páginas de presentación, el informe “desnuda tradicionales excusas para seguir enrocados en la inacción, bajo argumentos derrotistas, que culpabilizan a otros de la propia falta de determinación o que se justifican en la crítica coyuntura económica. Pues bien, al menos las experiencias recogidas, junto con la evidencia internacional, desmontan

todas estas justificaciones: coordinarse es posible aunque no sea tarea fácil”.

Las experiencias registradas en el Informe OMIS 2016 sustentan la convicción de que la atención integrada centrada en la persona, con la coordinación de niveles asistenciales intra e inter sectores sanitario y social, con el apoyo de tecnología, etc., consigue descargar la presión sobre el brazo clínico-sanitario (medido como descenso en el uso intensivo de recursos del nivel especializado). Asimismo, cada vez son más las prácticas que contribuyen a mejorar la calidad de la atención (en términos de mejora subjetiva de la experiencia de cuidados de los pacientes y profesionales, mejora en dependencia y calidad de vida, adherencia a tratamientos, etc.) Incluso algunas de las experiencias sugieren descensos de costes apreciables.





**FUNDACIÓN CASER**

Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid

Tel.: 91 214 65 69

email: [fcaser@fundacioncaser.org](mailto:fcaser@fundacioncaser.org)

web: [www.fundacioncaser.es](http://www.fundacioncaser.es)