

**Emilio Herrera Molina.** Director general de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud

## Políticas de coordinación sociosanitaria en Extremadura\*



La existencia de un aumento en la proporción de personas muy mayores y de enfermos crónicos hace que ambos fenómenos que van a menudo de la mano, dependencia y enfermedad, necesiten por tanto de la atención coordinada de los sectores social y sanitario, cada uno en su área de responsabilidad, para poder atender al ciudadano adecuadamente. El problema social es aún mayor, al disminuir el número de personas que puedan dedicar su tiempo a proporcionar los cuidados necesarios a sus familiares. Nuestro cambio en la estructura social, la disminución de la natalidad y el éxito que ha supuesto la incorporación al mercado laboral de la mujer, hace que nuestra sociedad disponga de menos cuidadores familiares de los que nuestra estructura social disponía previamente, y especialmente en un momento en el que son necesarios más que nunca, debido a la mayor necesidad de cuidados.

En el panorama nacional hay dos opiniones compartidas por una gran mayoría:

1ª) Que para atender la creciente necesidad de atención a las personas con dependencia y enfermedad crónica de manera sostenible y eficiente por parte de los sectores sanitario y social es imprescindible el desarrollo coordinado de ambos sistemas.

2ª) Que en la actualidad, las políticas de desarrollo parecen defender estos conceptos en la teoría, pero en la práctica real es difícil palpar avances concretos en este sentido.

Tanto la simple dependencia de senda como la desafiante dificultad en la adaptabilidad de ambos sistemas entre sí (por el cambio de orientación necesario en el sistema sanitario de agudos y por la necesidad de desarrollo como sistema de la parte social) parecen resumir una buena parte de los obstáculos fundamentales.

No obstante, el desarrollo de cierta normativa en España en los últimos años puede facilitar las claves para ir desatascando la cuestión:

La atención sociosanitaria está en la encrucijada entre el desarrollo de las prestaciones del artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y el de la atención de las necesidades definidas por el Libro Blanco de la Dependencia reconocidas como derecho por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Efectivamente, dentro del sector sanitario, la aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (1), viene a marcar un antes y un después en las prestaciones del sistema sanitario, definiendo en su artículo 14 la prestación de 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 o sufrimientos y facilitar su reinserción social». A su vez específica 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». Y amplía haciendo referencia a la coordinación intersectorial: «la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes».

De otro lado, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia dentro del sector social, viene a establecer como derecho la atención de aquellas personas que no pueden valerse por sí misma en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y que necesitan para ello de la ayuda complementaria.

En algunas regiones se han venido desarrollando en los últimos años medidas encaminadas al abordaje de los problemas referidos. Dada la situación, es necesario ir reuniendo las buenas prácticas que estén mostrando resultados reales, y que nos hagan reflexionar sobre las posibles alternativas para reorientar el futuro de nuestros sistemas. En el presente artículo se resume la política organizativa que ha marcado el viraje de timón en la re-

\* Una versión de este artículo puede consultarse en el Observatorio Social y Sanitario: <http://www.fadsp.org/pdf/OBSyS2dependencias.pdf>

gión de Extremadura en los últimos cuatro años, así como las opciones macro que se presentan en un futuro inmediato.

### Proyecto de Atención Sociosanitaria en Extremadura

#### ■ Proyecto e implementación del Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005/2010

Una actitud decidida por parte de las Consejerías de Sanidad y Consumo y de Bienestar Social, al inicio de la legislatura 2003/2007, fue decisiva. Se trataba de analizar conjuntamente el problema, plantear un clima de colaboración que permitiera el marco político propicio para desarrollar soluciones, definir los objetivos concretos y pasar a la acción.

De manera resumida, en el análisis inicial se estableció un grupo de trabajo técnico conjunto entre las Consejerías de Sanidad y Bienestar Social para estudiar el problema bajo un prisma unívoco, y se establecieron hipótesis de partida de los posibles modelos aceptables.

Para valorar la demanda convenientemente se realizó un análisis demográfico de todos los municipios de la región y se estimó su evolución en los próximos cinco años, al tiempo que se estimó mediante grupos nominales bajo el enfoque «Balance of care» los grupos de pacientes subsidiarios de atención sociosanitaria en Extremadura. Posteriormente esos mismos grupos establecieron los estándares de cuidado para cada perfil de pacientes en función de las variables de necesidad de cuidados sanitarios, de cuidados sociales y su red de apoyo informal. Para la cuantificación conjunta de todas las variables se usó la herramienta «PO-DA». Al final de este estudio se tenía una cantidad teórica de los recursos necesarios.

Al tiempo se realizó un extenso análisis de la situación en los diferentes recursos sanitarios y sociales que pudieran tener población que requiriera atención sociosanitaria: se realizó un estudio cuantitativo y cualitativo de las plazas residenciales y de las plazas hospitalarias (se realizó un «AEP» para el estudio de las estancias inadecuadas en los diez hospitales de agudos de la región), se estudió la prestación farmacéutica en residencias, y se estudiaron los programas de

atención domiciliaria sanitaria y social. Respecto a la tipología de pacientes se estudiaron tanto los pacientes en situación terminal en la región como los recursos destinados a atender a pacientes con enfermedad mental (UHBs, hospitales psiquiátricos, comisión tutelar de adultos, y perfiles comunitarios de atención), así como aquellos otros grupos de pacientes con necesidad concomitante de atención sanitaria y dependencia en centros de grandes discapacitados (CAMF), CADEX, y los casos de pacientes atendidos en los hospitales de agudos en año previo mediante un exhaustivo estudio del CMBD.

Teniendo una aproximación de lo necesario, y una evaluación de lo actual, el plan a desarrollar debería contener el resultado de restar a lo necesario, lo ya existente. Se pactó un modelo de competencias en el que Bienestar Social debería hacerse cargo de la evolución de los servicios y recursos para la atención de la dependencia, mientras que Sanidad se centraría en desarrollar los recursos para atender la patología crónica. Se estableció un modelo organizativo, y se definieron qué líneas serían las especialmente estratégicas: la concordancia de los mapas social y sanitario, la definición de comisiones de coordinación y su funcionamiento, programas intersectoriales que servirían de modelo a seguir (modelo de atención a demencias) y el estudio de plazas de larga estancia que pudieran ser objeto de financiación por ambos sectores.

El del proyecto descrito terminó con la edición del Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura 2005/2010 (3), como medida compartida por las Consejerías de Bienestar Social y de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, escrita en 2004/2005 tras un extenso y pormenorizado estudio conjunto de las necesidades, que reflejaba en sí la necesaria colaboración en el diseño y definición de objetivos conjuntos entre el sector social y el sanitario, para abordar la atención de las personas dependientes y con necesidad de cuidados sanitarios continuados por enfermedad crónica. Encuadraba por tanto el conjunto de servicios destinados a atender la dependencia (desde el ámbito de Bienestar Social) y a prestar cuidados sanitarios continuados (desde el ámbito de Sanidad). Además de definir el marco de competencias

entre los sectores social y sanitario, el proyecto contenía el plan director de medidas prioritarias para el período 2005/2010. Según sus directrices, se habían de desarrollar numerosos servicios y medidas reorganizativas, recursos y programas, para acabar confeccionando dos subsistemas, el «Programa de atención a la dependencia» y el «Programa de Cuidados Sanitarios Continuados», que perseguían la coordinación funcional de ambos en un único Sistema Integral de Cuidados Continuados. Se requería, por tanto, de manera armónica con la realidad de entonces, desarrollar estructuralmente recursos y servicios que complementaran a los ya existentes, reorganizando ambos sistemas, estableciendo mecanismos y estructuras de coordinación a diferentes niveles, y proyectando programas asistenciales intersectoriales respecto a programas comunes bien definidos.

Hasta mayo de 2007 se han desarrollado medidas de calado, que han ido comenzando la implementación del puzzle. Así, se ha establecido la concordancia funcional de los mapas social y sanitario. Normativamente, se han publicado el decreto que establece las Comisiones de Coordinación Sociosanitarias (4) y describe el servicio de camas de atención sociosanitaria tipo 2, y el de regulación de la red de salud mental (5), así como el marco de conciertos de los servicios sociales (MADEX). Se han puesto en funcionamiento las 120 comisiones sociosanitarias entre los Equipos de Atención Primaria y los Servicios Sociales de Base, y publicado sus protocolos de funcionamiento. Se puso en marcha el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil como organismo de coordinación de programas intersectoriales de atención a la infancia y adolescencia, que entre otros está coordinando el diseño del futuro Proceso Intersectorial de Atención Temprana (entre Sanidad, Bienestar Social y Educación). Se están ultimando los planes de Reorganización de Rehabilitación, el de Drogodependencias y el de Salud Mental. Se ha implantado el Plan Integral de atención a personas con deterioro cognitivo y demencias (Pidex) (7) y el programa «El Ejercicio Te cuida» (8) (proporciona programas de ejercicio físico individualizado a enfermos crónicos en todos los municipios de Extremadura), se ha puesto en marcha el progra-

ma EMPLEASES para la reincorporación y rehabilitación sociolaboral de pacientes con enfermedad mental, drogodependencia o VIH+, y se ha impulsado la puesta en marcha del programa Concilia y el establecimiento del Servicio de Cuidadores Personales en domicilio para pacientes con dependencia severa (9). Se están reorientando el trabajo social y la atención domiciliaria. A nivel de recursos: se han concertado las primeras camas de cuidados sanitarios continuados (larga estancia sanitaria: 30 camas T1, del sistema sanitario), de atención sociosanitaria (110 camas T2: cofinanciadas al 50% por ambas Consejerías) y de atención a la dependencia (400 camas T3: sociales).

### ■ Perspectivas: las remodelaciones del Gobierno en junio de 2007

En la última remodelación de Gobierno la Junta de Extremadura reforzó el compromiso adquirido con las acciones que se habían venido desarrollando:

- Creando una única Consejería responsable de la atención sanitaria y de la atención de la dependencia, que se dotará de dos organismos de gestión, uno de la atención sanitaria (el SES ya existente) y otro de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (en proceso de estudio y planificación). Ambas disciplinas se seguirán complementando, pero ahora bajo un mismo paraguas (la Consejería de Sanidad y Dependencia), persiguiendo a nivel de meso-gestión disponer de un verdadero **sistema integral de cuidados continuados: un mismo sistema organizado sobre la gestión de dos servicios autónomos complementarios y coordinados.**
- Estableciendo un nuevo entorno para la organización del sistema público de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia: la posible fórmula de servicio autónomo, **no sólo supone una herramienta para una mejor gestión, sino una garantía para la correcta prestación de los servicios que marca la ley. En el fondo, significa el cambio de un sistema administrador de servicios y ayudas más o menos subsidiario (como**

**ha funcionado hasta la fecha en todo el territorio nacional) a la confección de un nuevo sistema de atención,** que elevará de manera progresiva los recursos y servicios al nivel necesario para **garantizar como derecho** la atención a la discapacidad y dependencia de las personas de manera ágil y digna, cualquiera que sea su nivel social, localización o enfermedad de base, a través de recursos residenciales, centros de día y otras multitud de servicios comunitarios.

- Reforzando la coordinación de ambas disciplinas, facilitada en sí al estar bajo la misma Consejería de Sanidad y Dependencia, pero explicitada mediante estructuras de coordinación, procesos compartidos y organismos concretos.

### Cuestiones a debate a nivel nacional

En España, mientras la atención sanitaria era un derecho universal desde hace 20 años, la promoción a la autonomía personal y el cuidado a la dependencia era una cuestión graciable, que se ha convertido en derecho a partir de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Pero en la práctica real aún hoy existen circunstancias que frenan su desarrollo:

1º En el terreno sanitario: el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, la prestación de atención sociosanitaria no se encuentra diferenciada. Sigue existiendo, como anteriormente, la rehabilitación tanto en AP como en AE, los «cuidados» en AP y AE y el alivio del sufrimiento mediante los cuidados paliativos de AP y AE, al tiempo que se recomienda la coordinación con los servicios sociales en algunos de sus servicios. Esto puede no estar reñido con la aplicación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, pero la no diferenciación específica puede ocasionar que el desarrollo de los servicios que comprende no se priorice de la manera adecuada; en estos tiempos, se requeriría cierto grado de «discriminación positi-

No es posible tratar bien a las personas enfermas si no se pueden garantizar los cuidados personales de atención a la dependencia que la propia enfermedad origina

va», que posibilitara el desarrollo de unos servicios y prestaciones (tradicionalmente pospuestas al desarrollo de las medidas de agudos).

2º En el terreno social: falta en sí el modelo concreto de atención a la dependencia que emane de la incipiente Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, a través del consenso y la publicación del RD que regule la cartera de Servicios de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

3º Tanto en lo sanitario como en lo social, la coexistencia de los fenómenos de dependencia y de patología crónica no parecen acompañarse de una planificación conjunta de los sectores social y sanitario en el futuro modelo de atención. No es posible tratar bien a las personas enfermas si no se pueden garantizar los cuidados personales de atención a la dependencia que la propia enfermedad origina. Y esto requiere procesos de atención intersectoriales, que coordinen tanto la planificación de las estructuras necesarias del sector sanitario y social como el desarrollo coordinado de su funcionamiento de manera complementaria.

El desarrollo del sistema de atención a la patología crónica por parte de sanidad requiere:

1º La reorganización del sistema actual de agudos: de una parte abriendo los flujos adecuados a los nuevos subsistemas de subagudos y crónicos, y de otra volviendo a creer en el desarrollo de medidas alternativas de atención comunitaria frente a la institucionalización hospitalaria.

2º Apuesta pública por un modelo de atención que especifique medidas concretas que mejoren al menos la atención de la convalecencia, la larga estancia y la rehabilitación comunitaria, mediante planes de mejora o programas especifi-

cos que conlleven tanto medidas estructurales como organizativas.

3º Definición de un modelo de planificación conjunta de programas y recursos entre sanidad y bienestar social.

De otro lado, el refuerzo de las políticas y mecanismos de coordinación necesita:

- Un refuerzo de las estructuras de coordinación (comisiones) creadas a tal efecto, tanto en el nivel político como en el directivo y en el asistencial.
- El diseño conjunto de objetivos asistenciales marcado por **procesos asistenciales intersectoriales sociosanitarios**, que delimiten claramente las acciones que cada profesional de cada sector puede aportar a los problemas más relevantes y prevalentes y los mecanismos de derivación entre ellos.
- La creación de organismos multidisciplinarios que de manera específica consigan orientar el objetivo y delimitar las competencias de los diferentes profesionales en ciertas políticas sectoriales (en nuestro caso, el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil para la infancia por ejemplo).

Todas y cada una de estas medidas deben seguirse de la implementación de acciones concretas, el desarrollo equilibrado de recursos y los cambios de la organización. Han de pactarse unos mínimos

estándar a nivel nacional, tanto a través de la cartera de servicios y prestaciones existente de sanidad como de la aún por aparecer de la dependencia. El desarrollo de los recursos a cargo de las competencias de cada comunidad autónoma debería hacerse público. Para ello, medidas como las publicaciones de un futuro Observatorio creado a tal efecto podrían brindar una visión homogénea.

### Conclusiones

- La puesta en marcha de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, supone una revolución sin precedentes en las políticas sociales en nuestro país al reconocer un nuevo derecho de ciudadanía. Pero hacerlo realidad establece la *necesidad estratégica de reorganizar el sistema para adaptarlo a las nuevas necesidades de los ciudadanos*, crear *nuevas estructuras* y reforzar las actuales, y en definitiva, relanzar las políticas sociales como seña de identidad de una opción política, avaladas por modelos de gestión comprometidos con la atención de quienes más lo necesitan.
- Extremadura ha seguido una reorientación de sus políticas organizativas y de planificación en materia sociosani-

taria para el afrontamiento de la evolución actual de las necesidades, y la respuesta a los derechos legalmente establecidos. A partir de ahora, la reestructuración de las estructuras de gobierno, facilitarán pasos decisivos para poder desarrollar un sistema real de promoción de la autonomía personal y atención integral a las personas con dependencia. ■

### Bibliografía

- 1 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- 2 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.
- 3 Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura 2005/2010.
- 4 Decreto 7/2006, de 10 de enero, por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Sociosanitaria y el Servicio público de Atención Sociosanitaria en su modalidad Tipo Dos (T2) y se establece su régimen jurídico.
- 5 Decreto 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- 6 Decreto 151/2006, de 31 de julio, por el que se regula el Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX).
- 7 Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX).
- 8 [www.ejerciciotecuida.com](http://www.ejerciciotecuida.com)
- 9 Decreto 136/2005, de 7 de junio, de Ayudas del Plan Integral de Empleo a la conciliación de la vida familiar y laboral.
- 10 [www.sociosan.saludextremadura.com](http://www.sociosan.saludextremadura.com)

Salud 2000

#### Boletín de suscripción

NOMBRE Y APELLIDOS .....  
 DOMICILIO .....  
 LOCALIDAD ..... CP .....  
 TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

Se suscribe a la revista **Salud 2000** por el periodo de un año, prorrogable en años sucesivos salvo aviso en contrario.  
 La suscripción anual (5 números) por un importe de 31 euros.

Marque con un X la forma de pago:  CON TALÓN BANCARIO  DOMICILIACIÓN BANCARIA

BANCO/CAJA ..... OFICINA .....  
 CUENTA .....  
 DOMICILIO ..... LOCALIDAD ..... CP .....

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la revista **Salud 2000**  
 Fecha: ..... Firma: .....



Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública  
 C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid ([www.fadsp.org](http://www.fadsp.org)). Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06