Generalitat de Catalunya
Consell Assessor de Salut

ORIENTACIONES SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON NECESIDADES SOCIALES I SANITARIAS

Consejo Asesor de Salud

Octubre 2019

Coordinación:

Secretaria tècnica del Consell Assessor de Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Redactores:

Carme Planas-Campmany. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Iria Caamiña-Cabo. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Elena Calvo-Valencia. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Algunos derechos reservados

© 2019, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

La licencia se puede consultar en la página web de Creative Commons.

Primera edición:

Barcelona, octubre 2019.

Asesoramiento lingüístico:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL: https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5591

El encargo al Consejo Asesor de Salud

El órgano deberá permitir repensar y reorientar cuál es el modelo que queremos en el futuro de acuerdo con las necesidades y los cambios sociales, demográficos y tecnológicos de los próximos veinte años.

El Consejo deberá permitir una reflexión serena, alejada del día a día de la Consejería, y, por lo tanto, es una herramienta que nos puede ayudar como país a tener el futuro sanitario pensado y planificado.

Alba Vergés, consejera de Salud

La visión del Consejo Asesor de Salud

Ante la abundancia de diagnósticos elaborados, recomendaciones estratégicas y prioridades identificadas y de pruebas demostrativas realizadas de atención integrada, se evidencia la necesidad de dar el paso hacia la acción desde una perspectiva de país. Es necesario un marco general que fomente la equidad entre los territorios que son el ámbito natural de operativización.

Manel Balcells, presidente del Consejo Asesor de Salud

Índice

1. Estado de situación 6
2. Justificación del documento 18
3. Objetivo del documento 18
4. Metodología 19
5. El proceso deliberativo 19
6. La fórmula: ente público para el desarrollo de las políticas de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias en Cataluña 21
7. Propuestas y aspectos a considerar 26
8. Bibliografía 33
9. Anexos 38
10. Miembros del Consejo Asesor de Salud 45

1. Estado de situación

Los cambios de paradigma social, demográfico y epidemiológico dibujan una realidad en la que cada vez más personas conviven con situaciones de complejidad y de larga duración (1-6). En este contexto, marcado por presiones económicas y por la reconceptualización de la salud (6), la gran mayoría de países desarrollados han optado por priorizar estrategias dirigidas a la mejora de la salud y a la promoción de la autonomía de las personas con necesidades sociales y sanitarias (1,4-8).

Los planificadores han dirigido gran parte de los esfuerzos a adoptar una visión más holística y alcanzar una atención integral e integrada centrada en las personas (5,9). Aun así, hay aspectos clave que hay que seguir abordando para vencer definitivamente la fragmentación de la atención, arraigada a planteamientos basados en la enfermedad y poco en la persona (10). Al hacerlo, se espera mejorar las experiencias asistenciales de las personas, los resultados en salud de la población y la eficiencia del sistema sanitario (*triple aims of healthcare*); y más recientemente también se ha incoporado el objetivo de mejorar el entorno laboral de los profesionales (6) (en línea con los *quadruple aims of healthcare* (11)). Algunos de estos aspectos clave incluyen el hecho de disponer de un marco regulador, financiero y evaluador que fomente la atención integrada y promueva la investigación, la innovación y la rendición de cuentas (12) en este ámbito. La atención integral e integrada exige múltiples intervenciones que requieren un enfoque holístico, disponer de figuras que coordinen la atención, de comunidades sensibilizadas y de un alto grado de comunicación entre los profesionales de ambos sectores, así como la implicación de varias organizaciones y el compromiso de todos los agentes implicados (10).

La literatura disponible muestra un amplio consenso, especialmente en el hecho de que no hay un modelo o enfoque organizativo único de éxito (1,2,7,13), que la atención integrada puede desarrollarse en varios grados de intensidad (3,4,13-15) y que el punto de partida de la integración tiene que ser un modelo de prestación de servicios con enfoque más preventivo y de intervención precoz (16) pensado para mejorar la atención a las personas. A menudo, sin embargo, la falta de normativa y las estructuras fragmentadas de gobernanza han sido escollos importantes (2,5,9,16-19), lo que recomienda destinar esfuerzos por aclarar y adaptar los acuerdos entre ámbitos y reforzar la gobernanza compartida (5,20).

1.1. Definición y tipo de atención integrada

Los esfuerzos por definir la atención integrada entre diferentes ámbitos o niveles han sido constantes en las últimas décadas. Hay autores que señalan que la ambigüedad conceptual sigue siendo un reto en sí misma, y que dificulta la consecución de la propia integración (17,21). Una revisión

realizada por Armitage *et al*. el año 2009 identificó 175 definiciones y conceptualizaciones de a*tención integrada*, hecho que evidenciaba una falta de consenso en su definición (20,22). Además, Bautista *et al*. identifican otros términos que se han utilizado en diferentes sistemas de salud por todo el mundo para denominar varias experiencias de atención integrada, como el *managed care* norteamericano, el *shared care* británico y el *transmural care* neerlandés, entre otros (21).

El año 2016, en un esfuerzo por entender la atención integrada, Goodwin llegó a seleccionar cuatro definiciones de atención integrada ampliamente utilizadas (3):

1. Definición con visión de sistema de la Organización Mundial de la Salud del año 2016.

   Los servicios sanitarios integrados son servicios sanitarios que se gestionan y se proveen para que las personas reciban un continuum de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnosis, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y servicios de curas paliativas coordinadas entre los diferentes niveles y puntos de atención dentro y fuera del sector sanitario, en función de sus necesidades y durante todo el curso de la vida (23).

2. Definición con visión gestora de Contandriapoulos *et al*. del año 2003.

   Es el proceso que consiste en crear y mantener, a lo largo del tiempo, una estructura común entre partes interesadas independientes (...) con la finalidad de coordinar su interdependencia con el fin de poder trabajar juntos en un proyecto colectivo (24).

3. Definición basada en las ciencias sociales adaptada de Kodner i Spreeuwenberg, del año 2002.

   La integración es un conjunto coherente de métodos y modelos de financiación, de administración, de organización, de prestación de servicios y de niveles clínicos diseñados para crear conectividad, alineación y colaboración dentro y entre los sectores del cuidar y del curar. El objetivo de estos métodos y modelos es mejorar la calidad asistencial y la calidad de vida, la satisfacción del consumidor y la eficiencia del sistema para las personas mediante varios servicios, proveedores y configuraciones. Cuando el resultado de estos esfuerzos múltiples por promover la integración comporta beneficios para las personas, el resultado se puede llamar 'atención integrada' (25).

4. Definición basada en la perspectiva de la persona (*person-centred coordinated care)* de National Voices, del año 2013.

   (Yo) Puedo planificar mi atención con personas que trabajan conjuntamente para entenderme, a mí y a mi cuidador, y para permitirme controlar y reunir servicios para conseguir los resultados que son importantes para mí (26).

En Cataluña, la terminología de la atención integrada (TERMCAT) define la atención integrada como el *modelo de atención basado en las actuaciones conjuntas y solidarias de los profesionales y las*

organizaciones de los servicios sociales y de los servicios sanitarios, que tiene como objetivo obtener buenos resultados en salud y bienestar, una adecuada utilización de los recursos y una buena experiencia de atención, con lo que se garantiza la atención integral y la atención centrada en la persona (27).

1.2. Modelos y gobernanza de la atención integrada

Más allá de la definición de la atención integrada, la literatura también describe diferentes tipologías que incrementan la complejidad del concepto. Fundamentalmente se ha analizado la orientación (si se dirige a toda la población o a un grupo específico de personas) (3,4,10,28,29), el nivel (organizativa, funcional, de servicios, clínica, normativa o sistémica) (3,14) y su grado de intensidad (que puede ir desde una integración que se extiende mediante enlaces informales hasta una atención realizada por equipos u organizaciones totalmente integradas) (3,4,15). Además, es importante diferenciar entre la atención integrada sanitaria (vertical) y la atención integrada sanitaria con otros sectores, como el social (horizontal) (1,4).

1.2.1. Modelos de atención integrada

En relación con los modelos de atención integrada, Béland y Hollander distinguieron entre modelos basados en la comunidad y modelos a gran escala (28). Estos autores describen a los modelos basados en la comunidad *como proyectos más pequeños que se basan en la cooperación entre proveedores, se centran en cuidar de las personas en su hogar y en la comunidad y toman parte activamente en la coordinación de la atención social y sanitaria*. Por otra parte, los modelos a gran escala son *aquellos que se podrían aplicar a escala nacional o regional y tienen una sola autoridad administrativa, un presupuesto único e incluyen servicios comunitarios y residenciales* (28). Explican que los modelos basados en la comunidad son principalmente proyectos demostrativos, pendientes de ser adoptados formalmente por los gobiernos para extender los resultados a áreas geográficas mayores, mientras que los enfoques a gran escala de base poblacional pueden requerir cambios en las políticas y en la normativa. Pero también destacan que los dos tipos de modelos comparten una serie de características importantes (tabla 1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que, con el fin de hacer transformaciones sostenibles a lo largo del tiempo, los modelos de atención integrada

requieren actuaciones tanto desde el punto de vista organizativo, funcional, de los profesionales y de prestación de servicios como de transformaciones en el marco del sistema (4). En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) definió cuatro dominios (modelo, gobernanza y estrategia, gestión organizativa y atributos esenciales) para el desarrollo de las redes de provisión de atención integrada y su relación con el nivel de integración alcanzado (fragmentación, integración parcial, integración) (4,30), considerando que para disponer de una red de provisión de atención integrada se requiere un sistema unificado de gobernanza para toda ella.

Tabla 1. Características compartidas entre los tipos de modelos de atención integrada

Características compartidas entre los tipos de modelos de atención integrada (Béland i Hollander, 2011) (28)
1. Creencia sobre los beneficios de un continuum asistencial coordinado.
2. Planificación y coordinación asistencial entre varios servicios.
3. Un abanico razonable de servicios de atención en el hogar y de base comunitaria, que se cree que forman parte del continuum asistencial.
4. Un único punto de entrada al sistema de atención.
5. Gestión de casos independiente y clasificación de personas efectuada por gestores de casos o evaluadores.
6. Un sistema de información integrado.
7. Políticas y procedimientos sistémicos que detallan el funcionamiento del continuum asistencial, especialmente con respecto a quien es elegible para la atención, como se pueden recibir múltiples servicios en el mismo periodo de tiempo y la manera como las personas hacen la transición entre los tipos o los conjuntos de servicios.

Fuente: Béland & Hollander, 2011.

1.2.2. La gobernanza de la atención integrada

Las iniciativas diseñadas para encontrar el encaje entre las políticas públicas de varios sectores de actividad de un gobierno que se orientan a la mejora de los resultados en salud y bienestar requieren enfoques multisectoriales. Gagnon *et al*. divulgan la necesidad de aplicar enfoques de gobernanza integrada, que definen como *una acción iniciada y desarrollada por un órgano público que se esfuerza por integrar las acciones de otros actores en torno a los mismos problemas* (31). En general, se considera decisivo disponer de una estructura de

gobernanza fuerte y un marco estratégico ampliamente participado y consensuado por los grupos de interés con el fin de garantizar el éxito de la atención integrada (2,5,7,17,19,32-34).

No obstante, en muchos países se observa un grado insuficiente de integración en el marco de la gobernanza y, en consecuencia, también de la prestación. Generalmente, los ámbitos social y sanitario se organizan en sistemas diferentes con distintas responsabilidades, presupuestos y profesionales (35). En un informe de 2014 en que se compararon 31 sistemas europeos que incluían la prestación de atención domiciliaria, se determinó que el 81% presentaban sistemas sanitarios y sociales diferenciados y, de estos, aproximadamente el 50% tenían la responsabilidad de la atención domiciliaria dividida entre dos ministerios (32). El informe también realzaba que, incluso cuando la atención social y sanitaria dependía únicamente de un ministerio, la responsabilidad de la financiación y de la regulación se dividía igualmente en diferentes niveles de gobierno (estatales, regionales o municipales).

Históricamente, las fusiones se han situado en el centro del debate. Hay investigadores que defienden que las organizaciones mayores disponen de más capacidad para gestionar presupuestos conjuntos y conseguir economías de escala, mientras que otros señalan que la centralización de los poderes de decisión resta amplitud de acción en la práctica profesional (6). Ahora bien, el análisis del efecto de las fusiones institucionales (35,36) evidencia que estas no pueden facilitar una atención integral e integrada excepto en el caso de que estén ampliamente consensuadas y que representen a todos los actores implicados (35,36).

El gran reto está en el hecho de que a menudo nos encontramos ante sistemas con grandes diferencias con respecto a las competencias, al acceso y a la financiación. Concretamente, la literatura identifica varias barreras a la implementación de la atención integrada muy relacionadas con la gobernanza: 1) una normativa poco flexible, 2) sistemas de atención social que a menudo se organizan en el ámbito local, con menos desarrollo profesional y diferente financiación, 3) los actores implicados se resisten al cambio a menudo por miedo de perder su poder y posición, y 4) una financiación deficiente y/o sistemas de pago que no están alineados con la atención integrada (2,5,13,19,28,32).

En resumen, se requiere un cambio fundamental en la manera como se financia, se gestiona y se provee la atención integrada a las personas con necesidades complejas sociales y sanitarias (5). Se avanzará hacia esta dirección únicamente si se cuenta con las múltiples organizaciones y sectores, y se hacen los ajustes consecuentes con el fin de fortalecer la gobernanza compartida o integrada.

1.3. Experiencias internacionales

Los cambios socioeconómicos, epidemiológicos y demográficos han impactado en las necesidades sociales y sanitarias de la población. Este hecho ha favorecido el avance de las políticas y estrategias dirigidas a proporcionar una atención integral e integrada centrada en la persona por todo el mundo. Se ha observado, sin embargo, que las posibilidades de integración y, por lo tanto, de superación de la fragmentación de la atención, dependen de las particularidades de los contextos organizativos, de la financiación y de las culturas profesionales (13). Hay que recordar que, aunque la riqueza de modelos, enfoques y experiencias de atención integrada en el ámbito internacional es enorme, no hay una solución única con resultados de éxito que se pueda adaptar a las realidades diversas.

El año 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe exhaustivo sobre los modelos de atención integrada a escala mundial (9). Categorizó los modelos en función del nivel de integración, identificando modelos diseñados para la atención integrada de carácter individual, para grupos poblacionales o enfermedades específicas y otros de base poblacional por todo el mundo (tabla 2). El informe del Consejo de Trabajo, Económico y Social de Cataluña (CTESC) de diciembre de 2018 analiza una selección de experiencias internacionales (13) utilizando la misma categorización que la de la OMS (9). En esta ocasión, el CTESC destaca cinco experiencias que incluyen ejemplos de integración vertical (atención sanitaria) y de integración horizontal (atención social y sanitaria): el Kaiser Permanente (EE.UU.) y la Estrategia de atención a la cronicidad de Euskadi, como modelos de base poblacional; las *Cadenas de cuidado* (Norrtälje, Suecia) y la *Gestión de redes clínicas* (Escocia), como modelos de grupo poblacional o enfermedad específica, y el *Té Whiringa Ora* (Eastern Bay of Plenty, Nueva Zelanda), como ejemplo de modelo individual.

El interés por seguir trabajando y extendiendo la atención integrada está vigente también en los Estados Unidos. Un ejemplo es el informe de la National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine que lleva por título *Integrating Social Care into the Delivery of Health Care: Moving upstream tono improve the nation's Health* (37). En este documento, del que se hace eco la prestigiosa revista The Lancet (38), se identifican y evalúan enfoques actuales y emergentes, que dan paso a una serie de recomendaciones dirigidas a extender la atención integrada.

Tabla 2. Tipo de modelos de atención integrada y ejemplos de referencia, OMS 2016

Tipo de modelos de atención integrada y ejemplos de referencia (OLMOS, 2016) (9)
1. Modelos individuales de atención integrada o Gestión de casos (American Case Management Association). o Planes de cuidados individualizados o Asistencia clínica centrada en el paciente (EE.UU.) o Presupuestos individualizados de salud (EE.UU., GB, Austria, Alemania, Países Bajos y Noruega)
2. Modelos de grupo poblacional o enfermedad específica o *Chronic care modelo* (EE.UU.) o Modelos de atención integrada para personas mayores y frágiles (PRISMA – Canadá; Torbay Care Trust – Inglaterra; municipios de Rovereto y Vittorio Veneto – Italia) o Modelos de atención integrada de enfermedad específica (Cadenas de cuidados – Suecia)
3. Modelos de base poblacional o Kaiser Permanente (EE.UU.) o Veteranos Health Administration (EE.UU.) o Estrategia de atención a la cronicidad (País Vasco).

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2016.

La literatura también destaca el Reino Unido como referente en experiencias de integración horizontal, especialmente en Inglaterra, Escocia e Irlanda del Norte (2,18,19):

- En Inglaterra, se ha optado por los *sustainability and transformation partnerships* (STP), que han ido evolucionando hacia *Integrated care Systems* (ICS). Los ICS son colaboraciones locales avanzadas que asumen la responsabilidad compartida de mejorar el sistema de atención social y sanitaria de su población de referencia (2). En junio de 2019, más de un tercio de la población del país estaba cubierta por uno de estos sistemas (39). En cuanto a financiación, optaron por un modelo con presupuesto único para los servicios sanitarios y de atención social; se conoce como el *Better Care Fund* (8,40).

- En Escocia, la gobernanza de la atención integrada se ha organizado mayoritariamente en *Integration Authorities* (IA, Autoridades de Integración), que conviven con un *Lead Agency Model* adoptado en los Highland (41). Actualmente disponen de 31 IA creadas a partir de la asociación entre 14 juntas del National Health Service (NHS) y de 32 consejos escoceses (41). El *Lead Agency Model* del Highland es un modelo en que uno de los socios o colaboradores delega una función concreta y una parte de los recursos en otra para que la lleve a cabo (19,41-43).

- Irlanda del Norte dispone de una integración estructural de la atención social y sanitaria desde el año 1973 (19). En los últimos años se ha optado por los *Integrated Care*

Partnerships (ICP – partenariados de atención integrada) (44). Actualmente, hay un total de 17 de estas redes colaborativas de proveedores que reúnen profesionales del ámbito sanitario, del sector del voluntariado y de asociaciones, representantes del consejo local, y usuarios de servicios y sus cuidadores, para diseñar y coordinar la prestación de los servicios sociales y sanitarios locales (45).

También en el Reino Unido, el *Local Government Association* (LGA) y el *Social Care Institute for Excellence* (SCIE) ingleses publicaron, en septiembre de 2019, un documento con quince acciones prioritarias basadas en la evidencia para la integración, dirigidas específicamente a los sistemas locales (46) (anexo 1).

En general, los resultados disponibles a escala internacional sobre el conocimiento y la evaluación de los diferentes modelos, enfoques y experiencias evidencian debilidades importantes, como la dificultad para extender los resultados de las experiencias locales (18) y la falta de evaluación de las políticas, planes, programas e intervenciones de integración (1,10), que ya se ha hecho crónica.

En relación con el análisis de los resultados de los nuevos modelos de atención integrada en los países desarrollados, sólo se ha identificado evidencia sólida sobre la mejora de la satisfacción de las personas atendidas, de la calidad percibida y del acceso a los servicios. No obstante, los resultados son limitados en relación con el impacto de las intervenciones sobre los objetivos reales de la atención integrada (1). Además, se critica que, al hablar de integración social y sanitaria, a menudo se hace referencia a la gobernanza, a la financiación, a las reorganizaciones estructurales y a la mejora de la coordinación entre profesionales de diferentes sectores, pero se hace poca referencia a la mejora de los resultados (en salud y autonomía) de las personas (47).

1.4. El modelo de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias de Cataluña

En Cataluña, la salud y su protección es un derecho (48,49) que incluye la dimensión individual, entendida como el derecho a la atención y a los tratamientos clínicos, y la dimensión colectiva, que se vincula a otros derechos sociales y determinantes de la salud y se asocia a la estrategia de salud en todas las políticas. La autonomía, derecho individual a preservar, se convirtió en un derecho subjetivo con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (50), aunque no se llegó a desarrollar plenamente.

En relación con los tipos de atención que se provee, la atención sanitaria hace referencia a la asistencia que tiene como finalidad la mejora de la salud de las personas fundamentalmente mediante servicios de atención primaria y comunitaria y de atención especializada, con y sin internamiento. En relación con la atención social, esta hace referencia a la atención de apoyo dirigida a preservar y promover la autonomía de las personas mediante servicios sociales básicos gestionados en el ámbito de los municipios y servicios sociales avanzados, que incluyen servicios como atención residencial, centros de día, equipamiento y ayudas técnicas que a menudo requieren de pago directo por parte de los usuarios.

Desde hace más de 30 años, los sucesivos gobiernos se han esforzado por avanzar en el modelo de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias, mediante la integración de la atención de ambos ámbitos. Durante este periodo se han implementado varias políticas en forma de planes y programas, con y sin dotación presupuestaria específica. Pero, a pesar de los esfuerzos empleados, las necesidades siguen creciendo y quedan fuera de cobertura.

En relación con la atención social, hay que tener en cuenta que la atención no formal, donde la familia sigue siendo el principal proveedor de cuidados, es el paradigma que se mantiene mayoritariamente en Cataluña y que se está recuperando en la agenda de países nórdicos por los beneficios para la salud y el bienestar de las personas. El grueso de la dependencia se concentra en los grados de dependencia moderada. El reto está en cómo dar respuesta desde la prevención de la dependencia y el mantenimiento de la autonomía, potenciando la atención de proximidad. La atención residencial debe evolucionar hacia alternativas intermedias que sean coherentes con el discurso de atención comunitaria y de proximidad. Es necesario repensar la atención diurna, dar herramientas y garantizar el apoyo a los grandes proveedores de servicios sociales que son las familias. En estos momentos se está planteando un modelo de pequeñas comunidades con servicios comunes fuera de los circuitos de los grandes centros residenciales y residencias con diferentes intensidades de apoyo sanitario, que se debe adaptar a cada territorio. Se insiste en considerar que la persona, tanto si está institucionalizada como si está en casa, debe disponer de un espacio individual, personal e íntimo de privacidad, del cual es propietaria y sobre el cual decide. Es necesario que la atención primaria social y la sanitaria trabajen intensamente de manera integrada para dar una respuesta integral a las necesidades de estas personas.

1.4.1. **Antecedentes y situación actual de las iniciativas políticas**

El programa Vida als anys (PVA), creado el 1986 por el Departamento de Salud con el objetivo de mejorar la atención a las personas mayores enfermas, con enfermedad crónica y en situación de final de vida (51), siempre ha sido considerado el punto de partida de la atención integrada social y sanitaria en Cataluña. Con este Programa se puso en marcha la cartera de

servicios sociosanitarios, que incluye la atención de larga estancia, los hospitales de día, la estancia media para convalecencia y cuidados paliativos, las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS), el Programa de atención domiciliaria (ATDOM) y equipos de apoyo (PADES) y los equipos multidisciplinares de evaluación integral ambulatoria (EAIA) en geriatría, curas paliativas y trastornos cognoscitivos (13,52). Una década más tarde se aprobó, por el Acuerdo del Gobierno de 31 mayo de 2005, el Programa para el impulso y la ordenación de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas con dependencia (ProDep) (53), y, el año 2006 (54), el Plan director sociosanitario (PDSS). Más adelante, el año 2010, el Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones (55) y en el 2011 el Programa de prevención y atención a la cronicidad en Cataluña (PPAC) (56), los trabajos del cual sirvieron como base para avanzar en el modelo de atención integrada promovido por el Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS), aprobado el año 2014 (57).

Paralelamente, en relación con el ámbito social, el año 2006 se aprobó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (58), de ámbito estatal y, al año siguiente, la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales (59).

Con respecto a la evaluación de estos planes y programas de atención integrada, el año 2015, la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias (AQuAS) publicó una evaluación externa de nueve modelos colaborativos de atención social y sanitaria en Cataluña. Los resultados determinaban que las nueve experiencias eran heterogéneas en cuanto a los proveedores, población diana, fases de evolución y perfiles profesionales, hecho que señalaba que se podían identificar cuatro perfiles de modelos que podían englobar el conjunto de experiencias (60). También describían que sólo las experiencias con más antigüedad parecía que habían alcanzado la fase de consolidación. La mayoría de iniciativas se dirigían a cualquier población con riesgo de necesidad en salud y social. Sólo dos de los modelos se focalizaban exclusivamente en el ámbito de atención a las personas con problemas de salud crónicos. Como barreras, identificaron las resistencias de los profesionales al cambio y de las instituciones y los proveedores que tenían objetivos propios y sistemas de información no compartidos (60). El documento cerraba con una serie de recomendaciones dirigidas a los decisores de las políticas públicas (anexo 2).

Actualmente, el Plan de Gobierno vigente, correspondiente a la legislatura XII, incluye como una acción prioritaria garantizar un sistema nacional de salud universal y equitativo. Existe, pues, el compromiso de aprobar y desplegar una estrategia única de atención integrada social y sanitaria a las personas mayores o con necesidades complejas, que promueva la autonomía personal y facilite la permanencia en el entorno habitual y la inclusión social de estas personas

(61). Esta acción prevé subacciones específicas ya enmarcadas en el Plan de salud de Cataluña 2016-2020 (62) e identificadas en la hoja de ruta del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS) del año 2014 (57), que se centran en:

- La integración de los sistemas de información sociales y sanitarios.
- El despliegue de la atención integrada a domicilio.
- La aprobación y el despliegue del modelo de atención integrada en las personas que viven en centros residenciales para personas mayores y personas con discapacidad.
- La aprobación y el despliegue del Plan de prevención, detección y abordaje del maltrato en población infantil y adolescente, y personas mayores y personas con discapacidad.
- El despliegue de los planes de atención integrada en población en situación de vulnerabilidad: personas sin techo, pobreza infantil, menores en situación de riesgo de exclusión, menores no acompañados, inmigrantes, etc. (61).

Herrera *et al*., en un informe reciente y exhaustivo sobre la integración de la atención social y sanitaria en Cataluña, explican la evolución del PIAISS resumiendo que la metodología de trabajo durante la primera fase de despliegue fue fundamentalmente con un enfoque de abajo arriba (*bottom-up*) y que en la segunda fase se propuso continuar con los proyectos territoriales por lo cual se puso en marcha, paralelamente, un trabajo interdepartamental con un enfoque de arriba abajo (*top-down*) (13,63).

El pasado 25 de junio de 2019 se aprobó por Acuerdo del Gobierno el Plan de atención integrada social y sanitaria (PAISS) (64) con el fin de alcanzar la iniciativa formalizada en el Plan de Gobierno para la XII legislatura (61), que pretende desplegar una estrategia única de atención integrada social y sanitaria. El PAISS define nuevos objetivos con la finalidad de seguir desarrollando herramientas, estrategias y marcos evaluativos primordiales para una atención integral e integrada social y sanitaria, y también se considera conveniente modificar la estructura de los órganos de gobierno creados para la gobernanza.

El día 13 de septiembre de 2019 se presentó el documento de bases del Plan estratégico de servicios sociales 2020-2024 (65). Destaca la *necesaria integración y mirada horizontal (intersectorial) tanto en estrategias compartidas comunitarias y preventivas como en el abordaje de casos complejos que requieren la intervención simultánea e interrelacionada de diferentes sectores de benestar como la salud, la enseñanza, el empleo, la vivienda, la garantía, etc.* Incorpora una nueva mirada de la intervención social dirigida hacia el desarrollo personal y el fortalecimiento de las redes familiares y comunitarias, enmarcado en el modelo

de atención centrado en la persona. De esta manera, se orienta la intervención social a las necesidades, el empoderamiento de las personas y su participación activa en el proceso de atención.

1.4.2. Las recomendaciones del Consejo de Trabajo, Económico y Social de Cataluña, 2018

El informe recientemente publicado por el Consejo de Trabajo, Económico y Social de Cataluña (CTESC) hace un análisis y unas recomendaciones sobre la integración de la atención social y sanitaria en Cataluña (13). El documento incluye un análisis conceptual de la atención integrada social y sanitaria, una descripción de los modelos existentes, las aportaciones al modelo catalán de atención integrada de varios expertos y un conjunto de consideraciones y recomendaciones que el CTESC plantea al Gobierno. Mediante el análisis de la literatura existente y de los resultados de cinco experiencias internacionales, se explica que la integración de la atención social y sanitaria se puede llevar a cabo a través de diversos caminos. En relación con el modelo catalán, el relato se construye sobre la conveniencia de transformar al modelo actual, los principios de la atención centrada en la persona y la atención a las personas con necesidades complejas. También identifica elementos del modelo catalán considerados clave: a) la vocación poblacional, b) la redefinición del rol de las personas sujetas a atención y de su entorno, c) el liderazgo de los profesionales como motor de la transformación y d) una visión territorial en la implementación a través de la subsidiariedad y la responsabilidad compartida (13). El trabajo describe facilitadores y barreras para el despliegue (anexo 3) y pone de manifiesto la necesidad de transformar urgentemente el modelo actual −que describe como fragmentado e ineficiente− en otro con visión integral que pone a las personas y sus necesidades en el centro del sistema. Finalmente, concluye que, a diciembre de 2018, una parte importante del modelo fundamentado en el PIAISS está pendiente de trasladarse a la práctica (13) y cierra el documento con una serie de recomendaciones (anexo 4).

2. Justificación del documento

En los últimos años, los países desarrollados han optado por políticas y estrategias dirigidas a la mejora de la salud y a la promoción de la autonomía. Para ello, han centrado los esfuerzos en reorientar los sistemas sanitarios hacia el desarrollo de la atención integrada y dar respuesta a las personas con necesidades sociales y sanitarias.

El interés creciente en la atención integrada ha hecho avanzar en esta línea de investigación, haciendo proliferar experiencias demostrativas y pruebas piloto por todo el mundo que han evidenciado resultados contradictorios. Por una parte, se defiende que la atención integrada facilita el continuo asistencial, considera los determinantes sociales de la salud y tiene más capacidad de anticipación a los problemas y para evitar las intervenciones potencialmente innecesarias. Por otra parte, aunque hay consenso político general en que la integración de la atención es clave, falta un acuerdo en el cómo se debe alcanzar. En lo que sí hay acuerdo general hasta ahora es en el hecho de que no hay un modelo o una solución única, sino que se debe adaptar a las particularidades de cada territorio. Ello ha evidenciado variabilidad en los resultados y la dificultad para extenderlos a todo el sistema, aumentando las desigualdades y provocando inequidad.

En Cataluña, de la misma manera que ha pasado en países punteros en el desarrollo de la atención integrada, los modelos de atención integrada social y sanitaria ensayados han demostrado gran capacidad para hacer proyectos pilotos e innovar desde el liderazgo profesional. No obstante, es esencial mejorar en el rendimiento y avanzar en la manera como se extienden los resultados al resto del sistema con criterios de equidad, calidad y eficiencia. Para hacerlo, se debe garantizar una financiación específica y la dotación de herramientas necesarias para capacitar a los profesionales de los ámbitos social y sanitario para el cambio.

3. Objetivo del documento

El objetivo de este documento es orientar en una fórmula concreta para el desarrollo (gobernanza y gestión) de las políticas públicas de la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias, que garantice la equidad, la calidad y la eficiencia desde un modelo asistencial de proximidad para alcanzar la mejora de la salud y el bienestar de las personas.

4. Metodología

Reuniones de trabajo y deliberación entre los miembros del Consejo Asesor de Salud, de carácter presencial y virtual, con el uso de herramientas de trabajo colaborativo y revisión de informes y bibliografía relevante.

5. El proceso deliberativo

El punto de partida del Consejo Asesor de Salud

El Consejo Asesor de Salud se constituyó como un espacio de reflexión serena, con el fin de actuar como núcleo de pensamiento y centrar las bases donde estructurar el futuro del modelo asistencial. Previo a la deliberación, siguiendo la dinámica establecida desde el inicio de las sesiones del CAS, se decidió situar la discusión más allá del marco normativo actual.

Consejo Asesor de Salud

Las primeras sesiones de deliberación de los miembros del Consejo Asesor de Salud (CAS) se centraron en los aspectos clave del sistema de salud catalán. Desde el inicio, se identificó la oportunidad que suponía el actual consenso sobre la necesidad de integración de los entornos sociales y sanitarios, para dar respuesta a la demanda creciente de atención de las personas con necesidades complejas.

La deliberación del CAS, que ha fundamentado las bases para la elaboración del presente documento, se ha centrado en la revisión del estado de la cuestión sobre la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias. La extensa literatura publicada sobre la atención integrada (intrasanitaria y social-sanitaria)[1] y la recopilación de recomendaciones realizadas por organizaciones de referencia, permitieron identificar cuestiones relevantes y prioritarias establecidas desde una visión transversal y global de sistema.

Tradicionalmente, la reorientación de los sistemas de atención asistencial para alcanzar un grado más alto de integración ha tenido en cuenta las estructuras, los modelos y los procesos. La idea de

[1] El Consell Assessor de Salut adopta la definición de atenció integrada de la Terminología de la atención integrada (TERMCAT), que la define como el *modelo de atención basado en las actuaciones conjuntas y solidarias de los profesionales y las organizaciones de los servicios sociales y de los servicios sanitarios, que tienen como objectivo obtener buenos resultados en salud y bienestar, una adecuada utilización de los recursos y una buena experiencia de atención, con lo cual se garantiza la atención integral y la atención centrada en la persona* (27).

que los cambios estructurales constituyen un buen punto de partida para dirigir la mejora integral de los procesos de atención a las personas ha sido ampliamente compartida. No obstante, los cambios organizativos que se han intentado alrededor del mundo no se han podido consolidar ni han cumplido las expectativas. Consecuentemente, con el fin de paliar este efecto, la respuesta de los países más avanzados en atención integrada ha sido hacer proyectos demostrativos y ensayar microgobernanzas y alianzas entre proveedores, intentando centrar los cuidados en las necesidades de la persona (*person-centred care*) en lugar de centrarlas en las necesidades de los servicios.

Hoy, el reto está en extender los resultados de estas experiencias integradoras a la totalidad de un territorio con criterios de equidad, calidad y eficiencia. No obstante, todavía no hay acuerdo sobre cuál tendría que ser la fórmula para seguir avanzando en el desarrollo (gobernanza y gestión) de las políticas públicas de la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias, que garanticen la equidad, la calidad y la eficiencia desde un modelo asistencial de proximidad.

Se concluye que hay mucho trabajo hecho y que hay documentos recientes que hacen recomendaciones estratégicas, muy trabajadas de manera participada por expertos en el ámbito de la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias.

El CAS propone superar la fase de formulación de recomendaciones y pasar a la acción. Se plantea la articulación de una fórmula, instrumento u organismo, que asuma las recomendaciones y el diseño, la planificación, la implementación y la evaluación de las acciones que ya han sido descritas, para hacerlas efectivas, independientemente del debate de si se deben fusionar o no las estructuras departamentales. Tendría que ser una fórmula capaz de vehicular las estrategias y las acciones ya definidas en las políticas públicas centradas en el ámbito de la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias con criterios de equidad, calidad y eficiencia.

6. La fórmula: ente público para el desarrollo de las políticas de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias en Cataluña

6.1. Justificación de la creación de un ente público para el desarrollo de las políticas de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias en Cataluña

6.1.1. Responsable único

Hay varias maneras de alcanzar una atención integrada para las personas con necesidades sociales y sanitarias. Independientemente de qué modelo se adopte, algunos de los factores clave a tener en cuenta son la coordinación eficaz de los diferentes tipos de servicios para cuidar de las personas y la coordinación de las organizaciones de proveedores asistenciales para garantizar la continuidad de su atención. En este contexto, los profesionales a menudo expresan la necesidad de disponer de alguna estructura que se responsabilice y aporte soluciones cuando tienen que resolver problemas del día a día. A menudo miran hacia arriba y no obtienen respuesta a la pregunta *"¿Hay alguien?".* La literatura y la evidencia tampoco ofrecen una respuesta clara sobre quien debería de estar ahí y cuál tendría que ser la respuesta. La gobernanza y la responsabilidad se han vuelto cada vez más complejas, y los intentos de racionalización y la simplificación no han sido efectivos. Estos intentos no han podido ordenar suficientemente la diversidad de las organizaciones locales y la falta de conexión de estas con las estructuras de la Generalitat.

Los ciudadanos deben ser atendidos desde la percepción de una atención única que resuelve sus problemas, sin necesidad de conocer si se trata de uno o de otro tipo de servicio. Los profesionales tienen que poder desarrollar su ejercicio profesional con el convencimiento y la confianza de que tienen el apoyo de un ente que ayuda a resolver las situaciones de la práctica habitual con criterios de equidad, calidad y eficiencia.

6.1.2. Equilibrio de poderes

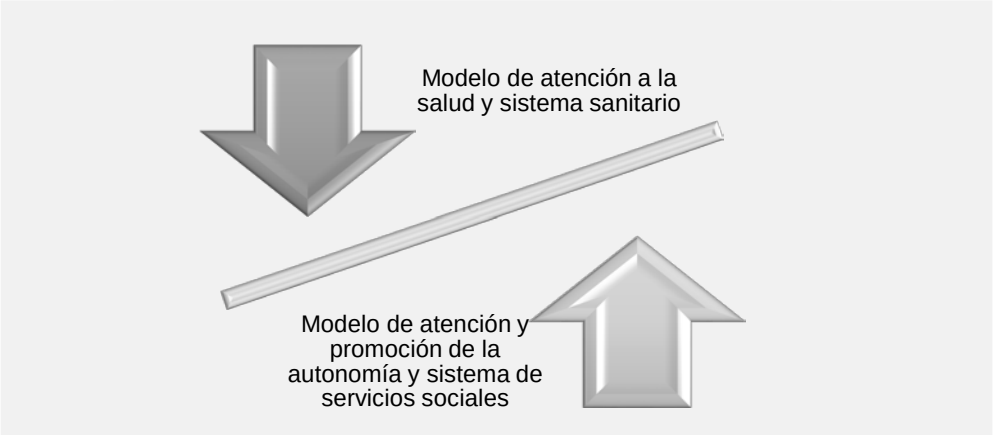
La abundante casuística cotidiana, difícil de encajar en los perfiles preestablecidos, exige soluciones *ad hoc* urgentes. El hecho de que no existan provoca sufrimiento a las personas y a los profesionales, causa tensión entre ambos sistemas, sobrecarga el sistema sanitario y

provoca disfunciones, duplicidades, iniquidad e ineficiencia en ambas redes (sociales y sanitarias).

En este contexto se echa de menos un organismo que sea capaz de gobernar tomando decisiones estratégicas, vinculantes y reproducibles en el conjunto del territorio. Este organismo debería garantizar la equidad en el acceso y la calidad de la atención, mediante la integración de los servicios sociales y de salud para dar una atención integral.

En el análisis de las diversas fórmulas de gobernanza se detecta que, en los lugares en los que los sistemas sanitarios han sido dominantes frente a sistemas sociales, los problemas de carácter social llegan a adquirir una vertiente más sanitaria. En cambio, allí donde los sistemas sanitarios han evolucionado con menos intensidad, los sistemas sociales se han empoderado para llegar tanto a las poblaciones generales como a las más vulnerables. Este desequilibrio entre poderes y sistemas los sitúa en extremos opuestos de un eje e ilustra una situación que requiere el esfuerzo de equilibrar los poderes para garantizar un modelo equitativo, de calidad y eficiente de atención a las necesidades sociales y sanitarias de las personas, respetando sus preferencias y voluntades expresadas (figura 1).

Figura 1. Desequilibrio de poderes entre los modelos de atención social y sanitaria



Fuente: Elaboración propia.

Alcanzar un equilibrio de poderes entre ambos sistemas es un reto singular que requiere de una visión compartida y de una estrategia consensuada y a largo plazo. Para hacerlo, sin obstaculizar las funciones propias de cada una de las estructuras existentes (de salud y social) y dar, al mismo tiempo, una respuesta a las necesidades sociales y sanitarias de la población desde la proximidad, se propone la creación y puesta en marcha de un mecanismo o instrumento que supere la fase de las experiencias locales. La culminación de estas experiencias pasa por escalar la innovación resultante de una primera y prolongada fase de proyectos pilotos. Se tiene que tener en cuenta, sin embargo, que difícilmente se podrá

acelerar este proceso de integración en la totalidad del territorio sin una organización fuerte, una financiación adecuada y la capacitación de los profesionales para implementar el cambio.

6.2. El instrumento

En línea con las bases de la definición del modelo catalán de atención integrada y del informe publicado del Consejo de Trabajo, Económico y Social de Cataluña, el CAS insiste en el hecho de que es necesario un consenso en la delimitación de los derechos y deberes de las partes implicadas. Partiendo de este consenso, seria necesario crear un instrumento con capacidad de innovación para transformar la relación de los diferentes niveles de intervención e implicar a todos los actores. Se trata de crear un órgano que ejecute las políticas públicas de atención integral a las personas con necesidades sociales y sanitarias en Cataluña. Este instrumento deberá facilitar el ejercicio de las responsabilidades sobre la planificación de las estrategias y de los servicios para la mejora de la salud y la promoción de la autonomía, y deberà garantizar la cobertura en condiciones de equidad y calidad de los servicios que se prestan. Este órgano responde a la necesidad de disponer de un instrumento que ejerza la autoridad social y sanitaria haciendo efectiva la coordinación intersectorial e interadministrativa de manera dependiente pero diferenciada de la estructura actual de la administración gubernamental pública. De esta manera se podrán dotar de eficacia, agilidad y flexibilidad las soluciones a las necesidades y retos planteados por las personas con dificultades sociales y de salud.

Se tiene que trabajar para que este instrumento sea percibido por los ciudadanos como el organismo que coordina las diferentes administraciones; para los profesionales, como el que genera conocimiento e innovación, les dota de herramientas y promueve la formación para capacitarles para el cambio, y para los gestores de los servicios, como el organismo que lidera conocimiento e innovación, clarifica y ordena la oferta de servicios y asigna los recursos disponibles en el sistema.

En términos de gestión, este ente se podría constituir como un organismo autónomo administrativo, adscrito a los departamentos competentes en materia de salud y social, donde el órgano de gobernanza del ente estaría formado por estos departamentos y por la administración local. Tendría que llevar a cabo la dirección estratégica que permitiese operativizar las actuaciones para el cumplimiento del mandato de ambos departamentos en materia de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias, y evaluar los resultados (figura 2). Este órgano tiene que ser el referente de los territorios y, por lo tanto, tiene que ser capaz de articular la descentralización y territorialización de sus actuaciones.

Figura 2. Instrumento y equilibrio de poderes entre los modelos de atención social y sanitaria

Fuente: Elaboración propia.

Las estructuras territoriales deben actuar bajo las directrices del organismo central haciendo efectiva la integración de los diferentes servicios de salud y sociales. Esta integración se tiene que llevar a cabo mediante organizaciones ejecutivas, ágiles y flexibles, con capacidad para movilizar al mismo tiempo los recursos sociales y sanitarios locales, supralocales y gubernamentales. Es necesario el establecimiento de un único punto de entrada en el sistema de atención integral e integrada social y sanitaria que coordine, desde la proximidad, el acceso a todos los servicios de cobertura pública, incorporando y mejorando la información compartida, la gestión de casos, un instrumento de evaluación común y un plan de atención individualizado.

Consecuentemente, este órgano debería disponer de un presupuesto específico, de capacidad de determinar la compra de servicios o, en su defecto, de asignación de recursos sociales y sanitarios, y hacerse responsable de rendir cuentas para garantizar una atención social y sanitaria equitativa, de calidad y eficiente.

6.2.1. Principios y valores del ámbito de la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias

La ordenación y ejecución de las actuaciones en materia de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias tendrá que incorporar los principios y valores propios del ámbito. La visión será realmente compartida si se fundamenta en unos principios y valores comunes basados en el respeto a la autonomía personal y a la dignidad de la persona. A continuación, se describen estos principios y valores en orden alfabético.

1. Agilidad, flexibilidad y transparencia. Una organización ejecutiva, ágil y flexible, con capacidad para movilizar al mismo tiempo los recursos sociales y sanitarios locales, supralocales y gubernamentales.
2. Conocimiento, investigación e innovación. Aglutinar, generar y difundir los conocimientos y la capacidad de innovación con relación a la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias.
3. Empatía y respeto a la diversidad. Una organización inclusiva que garantice una atención personalizada y próxima, que tenga en cuenta las voluntades, las preferencias y las experiencias de cada persona.
4. Equidad. La equidad y la superación de las desigualdades sociales, de género y territoriales.
5. Gobernanza compartida. Gobernanza fundamentada en una concepción integral, integrada e intersectorial para alcanzar una mejor atención basada en las preferencias de las personas y con impacto sobre su salud y su grado de autonomía.
6. Participación. Participación efectiva, tanto individual como colectivamente para dar voz a las personas y poner en valor sus necesidades desde una visión global.
7. Proactividad. Actitud proactiva en el abordaje de la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias desde la promoción de la salud y la autonomía, la prevención de la enfermedad y la dependencia y la atención a las personas.
8. Proximidad y descentralización. Necesidad de dar respuesta a las necesidades de la población lo más próxima a su entorno desde una organización con capacidad de actuar de manera descentralizada.
9. Calidad y sostenibilidad. La racionalización, la eficacia, la efectividad, la eficiencia y la sostenibilidad en la organización, fomentando y mejorando la calidad y la seguridad, evaluando las actuaciones e incorporando la mejor evidencia disponible.
10. Universalización. Universalización y garantía de las prestaciones para la atención de las personas con necesidades sociales y sanitarias como un derecho individual y social.

6.2.2. Funciones del instrumento

Las funciones del instrumento con relación a la gobernanza y a la toma de decisiones:

a) Liderar la estrategia para la atención integral a las personas con necesidades sociales y sanitarias en Cataluña en el marco intersectorial e interadministrativo.

b) Ejecutar las políticas públicas de atención integral a las personas con necesidades sociales y sanitarias en Cataluña: llevar a cabo la planificación (promoción, prevención y atención), la gestión y la evaluación. De esta manera, se operativizarían las actuaciones para el cumplimiento del mandato de ambos departamentos en materia de atención a las personas con estas necesidades, se articularía la descentralización y la territorialización de las actuaciones y se haría la evaluación de los resultados.

c) Generar conocimiento e innovación, clarificar y ordenar la oferta de servicios.

d) Comprar, o en su defecto, asignar los recursos sociales y sanitarios locales, supralocales y gubernamentales disponibles en el sistema.

7. Propuestas y aspectos a considerar

Las personas con necesidades sociales y sanitarias y los profesionales que les deben prestar una atención integral e integrada hace mucho tiempo que están esperando poder disponer de referentes que den las indicaciones y faciliten las herramientas para hacerlo. Más allá de definir las estrategias, y sabiendo que algunas ya han sido definidas, consensuadas y acordadas, se espera que alguien se haga responsable de liderarlas, implementarlas y dirigirlas con la finalidad de poder contribuir a la mejora de la salud y la promoción de la autonomía con criterios de equidad, calidad y eficiencia.

Se deben elaborar las bases de lo que tiene que ser el ente público para el desarrollo (gobernanza y gestión) de las políticas de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias en Cataluña. Es preciso establecer plazos realistas para aprobarlas, pero con la máxima inmediatez posible. En paralelo, se deben realizar las acciones prioritarias acordadas por ambos departamentos a lo largo de los últimos años, que ya se han fijado como imprescindibles para avanzar en el desarrollo del modelo, y que deberán confluir con las acciones que en el futuro asumirá el nuevo ente, que se describen a continuación y se han resumido en la tabla 3.

7.1. Creación del ente público para el desarrollo de las políticas públicas de la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias en Cataluña

7.1.1. Consensuar la estrategia a medio y largo plazo

Avanzar en la consecución de una verdadera atención centrada en la persona implica que las personas ejerzan el máximo control sobre las decisiones que les afectan. Para ello, es necesario desplegar una cultura de trabajo colaborativo protagonizada tanto por las personas como por los profesionales. Hay que poner el énfasis en las voluntades, experiencias y preferencias de las personas, la capacidad de trabajo profesional interdisciplinario, multidisciplinario y transdisciplinario y en la prestación de una atención integral e integrada.

A medida que se avanza en el conocimiento de las necesidades de la población, se demuestra el incremento exponencial de las necesidades de ser cuidado, muy superiores a las de ser diagnosticado.

Es imprescindible poner énfasis en la promoción y el mantenimiento de la autonomía como punto de partida para evitar una situación todavía más insostenible ante los retos de los colectivos en situación de vulnerabilidad y de una población envejecida y con alta dependencia social y sanitaria. En este sentido, no se puede obviar el debate sobre los límites del esfuerzo por mantener la vida, especialmente en la fase final, cuando es cuestionable el confort y la calidad con que se vive.

7.1.2. Definir las características del ente

Es necesario concretar la naturaleza jurídica, el objeto, las funciones, las formas de gestión, la estructura orgánica y territorial, el régimen jurídico, los recursos humanos, los régimenes económico y patrimonial, el presupuesto y los mecanismos para la transparencia y rendición de cuentas que enmarque el ámbito de actuación, el propósito y el rol del ente.

7.1.3. Elaboración y aprobación de la normativa de creación y regulación del ente

Es imprescindible desarrollar las bases normativas para la creación y el funcionamiento del ente para apoderar, estabilizar y reconocer este instrumento y desarrollar el modelo de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias. Desde el punto de vista normativo, no se debe tener miedo de introducir elementos innovadores que flexibilicen las rigideces actuales que dificultan el trabajo transversal e intersectorial.

7.2. Ámbitos de actuación del ente

De acuerdo con las políticas públicas consensuadas definidas por el Plan de atención integrada sociales y sanitarias (PAISS, 2019), es necesario redefinir y reordenar definitivamente la larga estancia institucional, la variabilidad y la diversidad de la atención en el sector residencial y el descanso familiar, por el retraso que lleva y continuar con todas las otras acciones prioritarias que se orienten hacia:

7.2.1. Interacción entre la atención primaria y comunitaria de salud y la atención primaria de los servicios sociales básicos.

7.2.2. Atención integrada social y sanitaria en el entorno domiciliario.

7.2.3. Atención social y sanitaria integrada en los centros de atención diurna.

7.2.4. Atención integrada de larga duración, tanto del ámbito sociosanitario como de salud mental de Cataluña.

7.2.5. Atención sanitaria integrada en las residencias asistidas de personas mayores, de personas con discapacidad y de personas con trastornos mentales.

7.2.6. Modelo integrado de los sistemas de información social y sanitaria.

7.2.7. Modelo integrado de atención sanitaria y social a la primera infancia con discapacidad, trastornos mentales y enfermedades minoritarias.

7.2.8. Modelo integrado de atención sanitaria y social a las mujeres en situación de vulnerabilidad: discapacidades, violencia machista, embarazo y maternidad con exclusión social.

7.2.9. Modelo integrado de promoción de la autonomía personal y prevención de la institucionalización de las personas mayores y de las personas con trastornos mentales.

7.2.10. Plan integral de salud mental y adicciones en el despliegue del modelo de atención comunitaria en salud mental y adicciones.

7.3. Acciones operativas a priorizar

Con el fin de dar una respuesta integral con soluciones compartidas en ámbitos como los sistemas de información, el modelo de atención comunitaria, la atención domiciliaria y la atención en el ámbito residencial, el Consejo Asesor de Salud también propone acciones prioritarias:

7.3.1. Establecer espacios de participación ciudadana y de profesionales

Diseñar una propuesta de espacios e instrumentos para que la ciudadanía y los profesionales puedan participar en el proceso de definición del ente público. Estos espacios tendrían que permitir mejorar la transparencia y la calidad.

7.3.2. Promover las redes sociales y el voluntariado

Las redes sociales y el voluntariado aportan valor añadido porque complementan la atención que reciben las personas con necesidades sociales y sanitarias, especialmente con respecto a las que más dependen de los servicios, como aquellas que presentan múltiples situaciones de larga duración o problemas de salud mental.

7.3.3. Dotar a los ciudadanos y a los profesionales de las herramientas para la toma de decisiones compartidas

Promover el autocuidado y la alfabetización para la salud y la autonomía es primordial. El *health literacy o* alfabetización para la salud es un concepto que se ha ido trabajando y desarrollando en los últimos años. Es necesario seguir trabajando en esta línea y extenderla al ámbito de la atención social y social-sanitaria por sus efectos en la experiencia y resultados de las personas con necesidades sociales y sanitarias, de sus cuidadores y de los profesionales en la utilización de los servicios y en el gasto. También, promover, desarrollar y generalizar el uso de la planificación de las decisiones anticipadas como herramienta de apoyo a ciudadanos y profesionales.

7.3.4. Iniciar el diálogo entre la Administración pública, las instituciones, los representantes de los trabajadores y los profesionales de ambos sectores con el fin de explorar posibilidades de acercamiento, empezando por las condiciones de trabajo

La dificultad en integrar dos sistemas de trabajo, con culturas y condiciones laborales tan diferentes es un gran reto y conlleva resistencias considerables (incluida la gobernanza y la gestión). Este hecho no puede seguir bloqueando el avance.

7.3.5. Redefinir los roles profesionales del ámbito de salud y social

Los profesionales de varios sectores tienen que trabajar conjuntamente, unidos por un objetivo común: la mejora de la salud y bienestar de la persona. Se ha observado que, a menudo, los actores implicados se resisten al cambio por miedo de perder su poder y posición. Se debe trabajar para ajustar las funciones, competencias y necesidades de las instituciones a los profesionales.

7.3.6. Potenciar la investigación e innovación para transformar la atención a las personas y mejorar la accesibilidad, la calidad y la eficiencia del sistema de atención social y sanitario

Impulsar y promover la investigación específica sobre la atención social y sanitaria para conocer como interpretan y miden los diferentes actores la atención integrada desde su experiencia y a partir de los resultados en salud y en autonomía. También, se deben aprovechar las ventajas de las tecnologías y la innovación en la búsqueda de soluciones a las situaciones que generan necesidades sociales y sanitarias, especialmente en el domicilio.

7.3.7. Evaluar el impacto de las actuaciones dirigidas a la mejora de la salud y de la autonomía de las personas con necesidades sociales y sanitarias

La integración se puede concretar en una reorganización estructural, en una mejor gobernanza, una mejora del trabajo en equipo de los profesionales de diferentes sectores o de varias formas de financiación, entre otros. En todas estas intervenciones se debe monitorar y evaluar la capacidad para movilizar a todos los proveedores de salud y de servicios sociales y la de los profesionales que participan. Por ello es necesario avanzar en un marco evaluativo transversal para identificar aquellas medidas que permitan mejorar la atención a las personas.

7.3.8. Ensayar diferentes sistemas de pago, mecanismos de contratación y de rendición de cuentas

La aplicación de diferentes criterios o protocolos por parte de los profesionales en función de la entidad que los contrata provoca duplicidades y variabilidad. Ello evidencia la necesidad de rendir cuentas y evaluar los resultados de forma conjunta independientemente del origen de los profesionales. Hay que establecer los

mecanismos para la rendición de cuentas con indicadores sociales y de salud comunes.

Se deben poner en consideración la profesionalización de los cuidados, los resultados de la calidad de la atención que se presta y el pago por resultados. Tampoco podemos olvidar responder a las necesidades de las familias cuidadoras desplegando sistemas de pago que permitan garantizar su salud y bienestar.

7.3.9. **Unificar los ámbitos territoriales de las áreas básicas sociales y sanitarias**

La organización territorial de los sistemas de atención social y de atención sanitaria no son coincidentes. Este hecho condiciona cualquier trabajo conjunto, tanto de organizaciones como de profesionales.

Las delimitaciones territoriales tienen que ser las mismas para todos, y se debe facilitar una atención integral integrada a las personas con necesidades sociales y sanitarias.

Tabla 3. Elaboración de las bases del ente público, ámbitos de actuación y acciones

Elaboración de bases del ente público, ámbitos de actuación y acciones
1. Creación del ente público para el desarrollo (gobernanza y gestión) de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias en Cataluña
1.1. Consensuar la estrategia a medio y largo plazo
1.2. Definir las características del ente
1.3. Elaborar y aprobar la normativa de creación y regulación del ente
2. Ámbitos de actuación del ente
2.1. Atención primaria y comunitaria de salud y atención primaria de los servicios sociales básicos
2.2. Entorno domiciliario
2.3. Centros de atención diurna
2.4. Atención de larga duración
2.5. Residencias asistidas
2.6. Sistemas de información
2.7. Primera infancia con discapacidad, trastornos mentales y enfermedades minoritarias
2.8. Mujeres en situación de vulnerabilidad
2.9. Promoción de la autonomía personal y prevención de la institucionalización.
2.10. Salud mental y adicciones.
3. Acciones operativas que se deben priorizar
3.1. Establecer espacios de participación ciudadana y de los profesionales
3.2. Promover las redes sociales y el voluntariado
3.3. Dotar a ciudadanos y profesionales de las herramientas para la toma de decisiones compartidas
3.4. Redefinir los roles profesionales del ámbito de salud y social
3.5. Iniciar el diálogo entre la Administración pública, las instituciones, los representantes de los trabajadores y los profesionales de ambos sectores con el fin de explorar posibilidades de acercamiento, empezando por las condiciones de trabajo
3.6. Potenciar la investigación e innovación para transformar la atención a las personas y mejorar la accesibilidad, la calidad y la eficiencia del sistema de atención social y sanitario
3.7. Evaluar el impacto de las actuaciones dirigidas a la mejora de la salud y de la autonomía de las personas con necesidades sociales y sanitarias
3.8. Ensayar diferentes sistemas de pago, mecanismos de contratación y de rendición de cuentas
3.9. Unificar los ámbitos territoriales de las áreas básicas sociales y sanitarias

Fuente: Elaboración propia.

8. Bibliografía

1. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. Understanding new models of integrated care in developed countries: a systematic review. Health Services Delivery Research [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 2];6(29). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519478/pdf/Bookshelf_NBK519478.pdf
2. Charles A, Wenzel L, Kershaw M, Ham C, Walsh N. A year of integrated care systems: reviewing the journey so far [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 11]. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-09/Year-of-integrated-care-systems-reviewing-journey-so-far-full-report.pdf
3. Goodwin, N. Understanding Integrated Care. Int J Integr Care [Internet]. 2016 Jun 17 [cited 2019 May 23];16(4):1–4. Available from: http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.316/
4. Health Organization Regional Office for Europe W. Integrated care models: an overview Working document [Internet]. 2016 [cited 2019 May 6]. Available from: http://www.euro.who.int/pubrequest
5. Nicholson C, Hepworth J, Burridge L, Marley J, Jackson C. Translating the Elements of Health Governance for Integrated Care from Theory to Practice: A Case Study Approach. Int J Integr Care [Internet]. 2018 Jan 31 [cited 2019 Jul 12];18(1):11. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29588645
6. Wankah P, Guillette M, Dumas S, Couturier Y, Gagnon D, Belzile L, et al. Reorganising health and social care in Québec: a journey towards integrating care through mergers. London J Prim Care (Abingdon) [Internet]. 2018 Mar 23;10(3):48–53. Available from: https://doi.org/10.1080/17571472.2018.1453957
7. Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs Lessons from seven international case studies [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 2]. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/providing-integrated-care-for-older-people-with-complex-needs-kingsfund-jan14.pdf
8. Humphries R. Integrated health and social care in England - Progress and prospects. Health Policy (New York) [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2019 May 6];119(7):856-9. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015001177
9. World Health Organization Regional Office for Europe. Integrated care models: an overview Working document [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 2]. Available from: http://www.euro.who.int/pubrequest
10. Goodwin, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: Key lessons and markers for success [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 8]. Available from: www.kingsfund.org.uk
11. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med [Internet]. 2014 [cited 2019 Jul 22];12(6):573-6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25384822
12. Goodwin N, Smith J. The evidence base for integrated care. Nuffield Trust. [Internet]. 2011 [cited 2019 May 14]. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/audio-video/evidence-base-integrated-care

13. Herrera D, Riudor X, Villar V. Integració de l'atenció social i sanitària. Col·lecció Estudis i Informes. Número 51 [Internet]. Barcelona; 2018 [cited 2019 Jun 13]. Available from: http://ctesc.gencat.cat/doc/doc_16249881_1.pdf
14. Fulop N, Mowlem A, Edwards N. Building integrated care Lessons from the UK and elsewhere the voice of NHS leadership [Internet]. London; 2005 [cited 2019 May 13]. Available from: www.nhsconfed.org
15. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Q [Internet]. 1999 [cited 2019 Jul 25];77(1):77-110, iv–v. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10197028
16. NHS providers. The journey to integrated care systems. Provider voices. [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 11]. Available from: https://nhsproviders.org/media/518336/provider-voices-the-journey-to-integrated-care-interactive.pdf
17. Exworthy M, Powell M, Glasby J. The governance of integrated health and social care in England since 2010: great expectations not met once again? Health Policy (New York) [Internet]. 2017 Nov [cited 2019 Jul 11];121(11):1124–30. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851017301987
18. Williams P. House of Commons Health and Social Care Committee Integrated care: organisations, partnerships and systems Seventh Report of Session 2017-19 Report, together with formal minutes relating to the report [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 11]. Available from: www.parliament.uk/hsccom
19. Ham C, Heenan D, Longley M, Steel DR. Integrated care in Northern Ireland, Scotland and Wales: Lessons for England [Internet]. London; 2013 [cited 2019 Jul 15]. Available from: www.kingsfund.org.uk
20. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim Report [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 2]. Available from: www.who.int
21. Bautista MAC, Nurjono M, Lim YW, Dessers E, Vrijhoef HJ. Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of Measurement Properties. Milbank Q [Internet]. 2016 Dec [cited 2019 May 6];94(4):862-917. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27995711
22. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. Int J Integr Care [Internet]. 2009 Jun 17 [cited 2019 May 23];9(2). Available from: http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.316/
23. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat [Internet]. Sixty-ninth World Health Assembly. 2016 [cited 2019 Aug 6]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1,
24. Contandriapoulos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodríguez C. The integration of health care: dimensions and implementation. Working Paper N04-01 [Internet]. Montréal: Université de Montréal; 2003 [cited 2019 Aug 6]. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/bc65/0770724a4ec2744d199e5a186485c65d6a47.pdf?_ga=2.235342337.1840487881.1565095257-1336532186.1565095257
25. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. Int J Integr Care [Internet]. 2002 Nov 14 [cited 2019 Jun 13];2(4). Available from: http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.67/

26. National Voices. A Narrative for Person-Centred Coordinated Care [Internet]. NHS England: London; 2013 [cited 2019 Aug 6]. Available from: www.nationalvoices.org.uk@NVTweetingwww.thinklocalactpersonal.org.uk@TLAP1
27. TERMCAT. Atenció integrada. Terminologia de l'atenció integrada [Internet]. [cited 2019 Oct 1]. Available from: https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/230/search/atenció integrada?type=basic&language=&condition=match
28. Béland F, Hollander MJ. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. Gac Sanit [Internet]. 2011 Dec 1 [cited 2019 Jul 18];25:138-46. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911111002652
29. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route to improved outcomes [Internet]. 2010 [cited 2019 Jul 25]. Available from: www.kingsfund.org.uk/publications
30. Pan American Health Organization. Integrated Health Service Delivery Networks Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas Area of Health Systems Based on Primary Health Care (HSS) Integrated Health Services Project [Internet]. Washington, D.C.: HSS/IS; 2011 [cited 2019 Jul 25]. Available from: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf
31. Gagnon F, Kouri D, Burtan M. Integrated governance and healthy public policy: two canadian examples [Internet]. 2008 [cited 2019 Jul 17]. Available from: www.ncchpp.ca
32. Amelung VE, Reichert A, Urbanski D, Matejevic L, O 'riordan E, Blatt E, et al. Integrating Health and Social Care A global perspective of experience, best practices and the way forward. 2014.
33. Cameron A, Lart R, Bostock L, Coomber C. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. Health Soc Care Community [Internet]. 2014 May [cited 2019 Jul 25];22(3):225-33. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23750908
34. Ham C, Imison C, Goodwin N, Dixon A, South P. Where next for the NHS reforms? The case for integrated care Proposed legislation and future policy: summary of recommendations The King's Fund Response [Internet]. 2011 [cited 2019 May 14]. Available from: www.kingsfund.org.uk
35. Royce R. No easy passage to integrated care because vested interests are at stake. Manag Care [Internet]. 2013 Oct [cited 2019 Jul 18];22(10):27-8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24344524
36. Demers L. Mergers and integrated care: the Quebec experience. Int J Integr Care [Internet]. 2013 Feb 22 [cited 2019 Jul 23];13(1). Available from: http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.1140/
37. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. Integrating Social Care into the Delivery of Health Care: Moving upstream to improve the nation's health [Internet]. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2019 [cited 2019 Oct 7]. Available from: https://www.nap.edu/catalog/25467
38. The Lancet. No health care without social care [Internet]. Lancet. 2019 Oct 5;394(10205):1206, The Lancet. Elsevier; 2019 Oct [cited 2019 Oct 7]. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619322664
39. Integrated care systems. NHS England [Internet]. [cited 2019 Aug 8]. Available from: https://www.england.nhs.uk/integratedcare/integrated-care-systems/

40. Better Care Fund. NHS England. [Internet]. [cited 2019 Aug 8]. Available from: https://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/bcf-plan/
41. Scotland A. What is integration? A short guide to the integration of health and social care services in Scotland [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 17]. Available from: www.audit-scotland.gov.uk/about/ags
42. Mead E, Baird J, Stark C. Developing a Lead Agency Model for the delivery of integrated health and social care. Int J Integr Care [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2019 Aug 8];14(6). Available from: http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.1691/
43. Highland Health and Social Care integration performs well. NHS Highland. [Internet]. [cited 2019 Aug 8]. Available from: https://www.nhshighland.scot.nhs.uk/News/Pages/HighlandHealthandSocialCareintegrationperformswell.aspx
44. Malone S, Hayes M. Integrated Care Partnerships Northern Ireland - Leading Integration; Delivering Better Outcomes. Int J Integr Care [Internet]. 2017 Oct 17 [cited 2019 Aug 8];17(5):234. Available from: https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.3544/
45. Integrated Care Partnerships (ICPs). Health and Social Care Board. [Internet]. [cited 2019 Aug 8]. Available from: http://www.hscboard.hscni.net/icps/
46. Local Government Association, Social Care Institute for Excellence. Achieving Integrated Care: 15 best practice actions [Internet]. London; 2019. Available from: https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/Achieving Integrated Care- 15 best practice actions WEB.pdf
47. Lara Montero A, van Duijn S, Zonneveld N, Minkman M, Nies H. Integrated Social Services in Europe [Internet]. Brighton; 2016 [cited 2019 Jul 17]. Available from: http://ec.europa.eu/social/easi
48. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya [Internet]. 1990 [cited 2019 Mar 27]. Available from: https://portaldogc.gencat.cat/utilsEADOP/PDF/1324/1603354.pdf
49. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-1986. [Internet]. Boletin Oficial del Estado 1986 p. 1-24. Available from: https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf
50. Diari Oficial de Publicacions de la Generalitat de Catalunya. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència [Internet]. 2006. Available from: https://portaldogc.gencat.cat/utilsEADOP/PDF/299/1692643.pdf
51. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Ordre de 29 de maig de 1986, de creació del programa "Vida als Anys" d'atenció socio-sanitària a la gent gran amb llarga malaltia. 1986. p. DOGC 694; pàgines 1753-1754.
52. Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla director sociosanitari [Internet]. Barcelona; 2006 [cited 2019 Aug 9]. Available from: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Sociosanitari/Pla-director/pd_socisanitari271006.pdf
53. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. ACORD GOV de 31 maig 2005, pel qual es crea el Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependències. 2005.
54. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Decret 39/2006, de 14 de març, pel qual es crea el Pla

director sociosanitari i el seu Consell Assessor. [Internet]. 2006. Available from: https://portaldogc.gencat.cat/utilsEADOP/PDF/4594/1267964.pdf

55. Departament de Salut. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addicions [Internet]. Barcelona; 2010 [cited 2019 Oct 17]. Available from: https://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/pla_integral_trastorn_mental_addiccions/docs/pla_integral_atencio_persones_trastorn_mental_addicions.pdf
56. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. ACORD GOV/108/2011, de 5 de juliol, pel qual es crea el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. 2011;37282-6.
57. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. ACORD GOV/28/2014, de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). 2014;1-7.
58. Jefatura del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situaión de dependencia. Boletín Of del Estado. 2006;(299):44142-56.
59. Diari Oficial de Publicacions de la Generalitat de Catalunya. Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. [Internet]. 2007. Available from: https://portaldogc.gencat.cat/utilsEADOP/PDF/4990/1603233.pdf
60. Serra-Sutton V, Montané C, Pons JMV, Espallargues M. Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya [Internet]. Barcelona; 2015 [cited 2019 Jun 13]. Available from: http://aquas.gencat.cat
61. Pla de Govern XII Legislatura [Internet]. Barcelona; 2018 [cited 2019 Mar 27]. Available from: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits_actuacio/pla_govern/XII_legislatura/XII_PdG.pdf
62. Departament de Salut. Línies estratègiques. Departament de Salut [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 22]. Available from: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/linies-estrategiques/
63. Generalitat de Catalunya. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària 2017-2020 [Internet]. Barcelona; 2016 [cited 2019 Apr 3]. Available from: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_document_desplegament_2017_2020.pdf
64. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. ACORD GOV/91/2019, de 25 de juny, pel qual es crea el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS). 2019 p. 1-7.
65. Departament de Treball Afers Socials i Families. Pla estratègic de serveis socials. Document de bases (esborrany). [Internet]. Barcelona; 2019. Available from: https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/serveis_socials/pla-estrategic-de-serveis-socials-de-catalunya/PESS2020-24/

9. Anexos

9.1. Anexo 1. Quince acciones de buenas prácticas dirigidas a las organizaciones locales para alcanzar la atención integrada. LGA – SCIE, 2019

Quince acciones de buenas prácticas dirigidas a las organizaciones locales para alcanzar la atención integrada. LGA – SCIE, 2019(46)

- ✓ Realizar una atención coordinada centrada en la persona
  1. Estratificación de riesgo
  2. Acceso a la información
  3. Formación de equipos multidisciplinares
  4. Planes de cuidados personalizados
  5. Respuesta rápida
- ✓ Crear un sistema de atención y apoyo en el lugar de atención
  6. Marco operativo
  7. Comisionados de atención integrada
  8. Historias clínicas compartidas
  9. Capacidad comunitaria
  10. Alianzas con el voluntariado, la comunidad y las entidades sociales
- ✓ Liderar para integrar
  11. Objetivo común
  12. Cultura colaborativa
  13. Asignación de recursos
  14. Rendición de cuentas
  15. Planificación de profesionales

Fuente: Local Government Association, Social Care Institute for Excellence. Achieving Integrated Care: 15 best practice actions. London; 2019. Disponible a: https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/Achieving Integrated Care- 15 best practice actions WEB.pdf

9.2. Anexo 2. Recomendaciones. Evaluación externa de los nueve modelos colaborativos de atención social y sanitaria en Cataluña. AQuAS, 2015

Recomendaciones. Evaluación externa de los nueve modelos colaborativos de atención social y sanitaria en Cataluña, AQuAS, 2015 (60)

- ✓ Apoyo institucional con recursos y retroacción de comunicación
- ✓ El Plan interdepartamental debe ser potenciador de atención integrada y tiene que dotar de recursos y estructuras para llevarla a cabo
- ✓ Se debe ir hacia un modelo de atención centrada en la persona real
- ✓ El Plan interdepartamental es importante con el fin de marcar las directrices claras para todos los modelos
- ✓ Es necesario proporcionar recursos (y formalizarlos de manera institucional) y motivar (extender el proyecto) a los profesionales con el fin de garantizar la continuidad
- ✓ A largo plazo, habrá que pensar en crear un tercer sistema (sistema de «producción» conjunto social y sanitario)
- ✓ Se deben priorizar unos sistemas de información compartidos
- ✓ Implicación (vínculo institucional) entre salud, bienestar y ayuntamientos
- ✓ Hay que hacer un acompañamiento en el cambio: son cambios de competencias, de modelo, de metodologías de trabajo, y todo ello genera muchas resistencias
- ✓ Se debe repensar el papel de la atención primaria y dotarla de herramientas y de recursos. La atención primaria debería ser uno de los ejes clave
- ✓ Se debe legitimar el trabajo colaborativo: incentivar, valorar y reconocer el trabajo colaborativo; horas y trabajo dedicadas
- ✓ Hacen falta la legitimación y el posicionamiento de los departamentos (social y salud) para establecer objetivos comunes previstos en los contratos programa, en los territorios o en los mecanismos de cooperación (lo que hay en estos momentos no es suficiente)
- ✓ La voluntad política debe ser muy clara
- ✓ Los profesionales se deben conocer para poder trabajar juntos
- ✓ Durante la carrera (sobre todo en el ámbito sanitario) sería importante enseñar que es importante no tan sólo el vínculo con el paciente, sino la relación y el conocimiento de su entorno y el trabajo en equipo e integrado

Fuente: Serra-Sutton V, Montané C, Pons JMV, & Espallargues M. (2015). Evaluación externa de nueve modelos colaborativos de atención social y sanitaria en Cataluña. Barcelona. Retrieved from http://aquas.gencat.cat

9.3. Anexo 3. Facilitadores y barreras para el despliegue de la integración de la atención social y sanitaria. CTESC, 2018

Facilitadores y barreras para el despliegue de la integración de la atención social y sanitaria. CTESC, 2018 (13)

✓ Facilitadores para el despliegue de la integración de la atención social y sanitaria

a. El cambio social, demográfico y epidemiológico: en el sentido que plantea nuevos retos de atención social y sanitaria que requieren respuestas inmediatas y disruptivas
b. La acumulación de experiencia en integración social y sanitaria a través de pruebas piloto y programas experimentales (algunos de los cuales muy consolidados) en el ámbito local y/o comarcal
c. La elaboración del PIAISS, que ha servido para visualizar, movilizar y poner en contacto diferentes voluntades a favor de la integración
d. El interés de los profesionales de los ámbitos social y sanitario por dar una respuesta más adecuada a las necesidades de las personas usuarias
e. Un sistema de información sanitaria prácticamente común a todo el territorio que permite estratificar la población, hacer previsiones de necesidades y desarrollar instrumentos como la historia clínica compartida en Cataluña (HCCC)
f. Un sistema sólido de atención primaria de salud, de acceso directo, financiación pública y carácter universal

✓ Barreras para el despliegue de la integración de la atención social y sanitaria

a. La falta de liderazgo, tanto en los ámbitos territorial y profesional como sobre todo político
b. La circunscripción de los procesos de integración en pruebas piloto que se dilatan en el tiempo, sin ser evaluadas ni escaladas al conjunto del territorio
c. La existencia de intereses corporativos (profesionales, de proveedores, etc.) que, en la práctica, se traducen en resistencias al cambio
d. Los déficits de confianza mutua que se dan en ocasiones entre los ámbitos social y de la salud, entre las atenciones primarias y especializadas y entre la Administración pública y los proveedores
e. Las diferencias entre el paradigma de la atención aguda y el de la atención de larga duración (como por ejemplo necesidades crónicas sociales y/o sanitarias) con respecto a sus procedimientos y objetivos
f. La falta de coordinación entre el sistema de atención social y el sistema de atención sanitaria en relación con la atención integrada
g. Las diferencias entre las culturas profesionales de los ámbitos social y sanitario
h. Un sistema de formación inicial y continua que no prepara a los profesionales para la atención integrada centrada en la persona
i. Un número elevado de usuarios por profesional y falta de tiempo para la coordinación que implica la atención integrada
j. La falta de valoración social de todo aquello que está relacionado con el cuidado de las personas, en comparación con la que recibe el sistema sanitario
k. Una distribución desequilibrada de recursos entre la atención social primaria y la atención social especializada, y la falta de coordinación entre estos dos niveles asistenciales
l. La falta de experiencia en la coordinación horizontal entre servicios diferentes: servicios sociales, salud, vivienda, trabajo, educación, vivienda, etc.
m. Y, en definitiva, unos sistemas todavía excesivamente burocráticos y rígidos

Facilitadores y barreras para el despliegue de la integración de la atención social y sanitaria. CTESC, 2018 (13)

n. Dificultades de encaje entre los sistemas social y sanitario como una de las barreras más importantes de cara a la integración de la atención en Cataluña, por varias razones:

o.

a) El sistema de atención social está menos desarrollado y es más débil que el sistema sanitario, y no tiene bien definido su perímetro sectorial

b) El sistema sanitario es universal mientras que la mayor parte de los servicios sociales tienen un acceso acondicionado

c) Los servicios sanitarios se financian a partir de los presupuestos públicos, mientras que la mayor parte de los servicios sociales se cofinancian con la participación de los usuarios

d) El sistema sanitario está centralizado y tiene unos criterios de acceso únicos, mientras que los servicios sociales están descentralizados y el acceso a las prestaciones básicas puede variar en función del ámbito local

e) Los servicios sociales están orientados hacia la atención de larga duración, mientras que el sistema sanitario tiene unos tiempos de estancia más cortos

f) Las condiciones laborales de los trabajadores de los sectores social y sanitario son diferentes

g) El sistema sanitario ofrece servicios a las personas, mientras que los servicios sociales a menudo ofrecen prestaciones económicas

h) Las divisiones territoriales del sistema sanitario y de servicios sociales no coinciden y eso dificulta la coordinación entre dispositivos y profesionales

i) El ámbito sanitario tiene un sistema de información prácticamente único en todo el territorio, mientras que en el caso de servicios sociales este está muy fragmentado y desigualmente desarrollado

j) Hay un desequilibrio entre los dos sistemas con respecto al volumen de conocimiento científico, la acumulación de evidencias empíricas, con una falta muy importante de modelos predictivos en el ámbito social que permitan hacer una planificación esmerada

k) A diferencia de lo que pasa en el sistema sanitario, el ámbito social no dispone de dispositivos estandarizados para conocer la valoración que hacen las personas usuarias de la atención recibida

Fuente: Herrera, D., Riudor, X., & Villar, V. (2018). Integración de la atención social y sanitaria. Colección Estudios e Informes. Número 51. Barcelona. Retrieved from http://ctesc.gencat.cat/doc/doc_16249881_1.pdf

9.4. Anexo 4. Recomendaciones. Integración de la atención social y sanitaria, CTESC, 2018

Recomendaciones. Integración de la atención social y sanitaria, CTESC, 2018(13)

✓ **Con respecto a la necesidad y la oportunidad de la atención integrada social y sanitaria**

1. Acelerar el proceso de integración de la atención social y sanitaria en toda Cataluña y sobre la base de un calendario realista
2. Alcanzar un compromiso político con un liderazgo fuerte de todo el Gobierno que haga de la atención integrada una prioridad de país
3. Establecer liderazgos políticos, pero también profesionales, para hacer frente a los retos de la integración de la atención social y sanitaria en tanto que transformación innovadora y de alcance estructural
4. Reforzar y difundir la vertiente social del relato en torno a los beneficios y las posibilidades de la atención integrada, con la participación y adhesión de la sociedad civil
5. Establecer un acuerdo estratégico y un plan de acción para el desarrollo de la atención integrada social y sanitaria en Cataluña entre los diferentes niveles de la Administración pública y con la participación de las organizaciones empresariales y sindicales, las entidades del tercer sector, los colegios profesionales, etc. El Acuerdo estratégico tiene que definir el modelo de atención integrada social y sanitaria centrada en la persona, así como las líneas a desarrollar por el Plan de acción. Este Plan tendría que ser ambicioso y realista, tener un horizonte temporal razonable y contar con instrumentos sólidos (calendario, sistema de gobernanza, evaluación e indicadores, memoria económica, etc.)

✓ **En relación con el modelo catalán de atención integrada social y sanitaria:**

6. Dotar el modelo de una vocación universal, si bien en una primera fase pueda ser conveniente priorizar la atención a determinados perfiles de necesidades de todo el territorio
7. No dar por descontado que la integración tiene que ser necesariamente estructural, pero sí que tiene que ser como mínimo funcional, es decir, tiene que ser efectiva en el ámbito de la atención a las personas y de la asignación de recursos económicos
8. Impulsar un modelo que considere la atención primaria y comunitaria como una garantía para atender necesidades sociales y sanitarias de manera adecuada y eficiente
9. Ampliar sustancialmente y dar un papel central a los servicios de atención domiciliaria (ex. servicios de ayuda a domicilio y/o servicios de las tecnologías de apoyo y cuidado), tanto del ámbito social como sanitario, centrados en la persona y su familia. La eficiencia de los servicios de atención domiciliaria requiere reducir previamente las listas de espera de forma considerable
10. Desplegar servicios de soporte a las familias y a las personas cuidadoras: prestaciones económicas, acciones formativas, oportunidades para el descanso, etc.
11. Potenciar el papel de la sociedad civil, del voluntariado y de la vecindad en la detección de necesidades y su resolución integrada
12. Hacer efectiva la participación de la ciudadanía en la definición, la implementación y la evaluación del modelo
13. Empoderar a la persona usuaria en el proceso de toma de decisiones relativas a la gestión de su salud y las características de la atención, el tratamiento o la intervención recibidos
14. Promover la prevención, entendida como la participación activa de las personas en su salud, a través de la toma de conciencia de los determinantes de la salud y de la promoción de unos estilos de vida y hábitos saludables
15. Potenciar las capacidades y la autonomía personal
16. Ampliar el concepto de atención paliativa y transitar hacia un modelo en el que se preste una atención global más precoz, con programas específicos de atención a las necesidades de las personas próximas a las fases de final de vida. Esta acción tiene que adaptarse a la estructura poblacional, a las previsiones de longevidad y al incremento de las personas en situación de final de vida
17. Elaborar un estudio sobre los costes y los beneficios que supondría el acercamiento progresivo de las condiciones laborales de los profesionales de ambos sectores
18. Evitar que el despliegue de la integración se fundamente en una sola intervención, dado que la experiencia acumulada indica que las acciones concertadas, coordinadas y sincronizadas (ex. “modelos multipalanca”) son las que se han demostrado efectivas

Recomendaciones. Integración de la atención social y sanitaria, CTESC, 2018(13)

19. Incentivar la práctica colaborativa entre profesionales y ámbitos asistenciales diferentes y reconocer que este es un factor o *input* organizativo imprescindible de cara a la articulación de respuestas asistenciales
20. Dotarse de un marco integrado de evaluación continua del despliegue y funcionamiento de la atención integrada
21. Actualizar la cartera de servicios sociales del año 2010 y desarrollar un catálogo específico de servicios sociales y sanitarios integrados, aunque inicialmente puedan ser de carácter compartido y complementario

✓ **En cuanto a la gobernanza de la atención integrada social y sanitaria:**

22. Crear una estructura de gobernanza con equilibrio de poderes entre los sectores social y sanitario y con capacidad de tomar decisiones
23. Definir en el organigrama del Gobierno a un comisionado de servicios de atención a las personas que dependa del Departamento de la Presidencia, con el objetivo de coordinar la integración de la atención social y sanitaria
24. Diseñar un modelo de gobernanza flexible que fije objetivos concretos, compartidos y evaluables cuya consecución se concrete en el territorio en función de sus características y especificidades. En esta línea, se recomienda dotar a las gobernanzas territoriales de base locales de un grupo de instrumentos (o "caja de herramientas") sin que necesariamente todos los territorios acaben implementando el mismo "mix" de políticas
25. Explorar la creación de partenariados o figuras similares entre los ámbitos implicados, sometidas a un contrato programa. En este proceso, habría que hacer emerger liderazgos locales que dispongan de los recursos de gestión necesarios para llevar a cabo la integración
26. Diseñar una propuesta de participación ciudadana que contemple una visión global del gasto, el acceso y la utilización de los servicios, con los objetivos de alcanzar los grados de eficiencia mayores posibles en el uso de los recursos y de reforzar la cohesión social y la equidad en la financiación de nuestro Estado del Bienestar
27. Unificar los ámbitos territoriales de las áreas básicas sociales y sanitarias
28. Promover reformas normativas para facilitar el desarrollo de la integración social y sanitaria
29. Proveer los servicios de atención a la persona a través de una organización instrumental común e integrada de financiación, planificación, acreditación, contratación y sistemas de información y evaluación que interactúe con los proveedores
30. Coordinar la atención integrada social y sanitaria con otras áreas de actuación como la vivienda, la formación, el ocio o el trabajo

✓ **Con respecto a la transformación de los servicios sociales en Cataluña:**

31. Hacer la transformación de los servicios sociales en paralelo con el proceso de integración
32. Transformar los servicios sociales con el objetivo de acercar los derechos de acceso y la calidad de las prestaciones a los estándares del sistema
33. Impulsar una nueva estructuración de los servicios sociales básicos para que acaben siendo un pilar universal en la promoción de la autonomía, el refuerzo de las relaciones primarias y el desarrollo de las relaciones comunitarias, superando al modelo exclusivamente centrado en la asistencia social para colectivos desfavorecidos y en las emergencias
34. Desarrollar normativamente de la Ley de servicios sociales, teniendo presente el modelo de atención integrada y con una mirada preventiva y predictiva
35. Garantizar una cartera de servicios sociales que asegure la equidad territorial
36. Actualizar el sistema de información de los servicios sociales para avanzar hacia la unificación, simplificación y agilización en la recogida de datos y hacer posible su explotación e interoperabilidad en un sistema de atención integrada
37. Desarrollar modelos predictivos de necesidades sociales a escala poblacional como una herramienta esencial de planificación
38. Desarrollar modelos de detección de la alta complejidad social. En este sentido, se valora positivamente como herramienta de aproximación el desarrollo por parte de la Generalitat de una escala de autosuficiencia que pone el énfasis en la identificación de las capacidades de las personas
39. Establecer una ventanilla única social y dotar de coherencia a los procesos para evitar que las personas usuarias tengan que hacer gestiones múltiples ante las diferentes administraciones y entidades
40. Reforzar la atención social comunitaria ante el fenómeno creciente de la soledad no deseada

Recomendaciones. Integración de la atención social y sanitaria, CTESC, 2018(13)

✓ **En cuanto a la gestión de la atención integrada**

41. Responder a la creciente presión asistencial con unas ratios de personal más adecuadas, tanto en el ámbito social como sanitario, de manera que se garantice la equidad y la eficiencia asistencial
42. Avanzar hacia una formación profesional inicial y continua transversal de acuerdo con los principios de la atención integrada centrada en la persona, que permita atenuar las diferencias entre las culturas profesionales de los sectores social y sanitario
43. Seguir avanzando en la interoperabilidad y unificación de los sistemas de información social y sanitario a partir de la evaluación de las experiencias piloto existentes
44. Hacer una gestión cuidada de la calidad y certificación de procesos
45. Unificar los procesos de evaluación para evitar duplicidades, a través de la creación de equipos interdisciplinarios que tengan en cuenta las necesidades sociales y sanitarias de las personas
46. Trabajar en la elaboración de escalas integradas de detección de necesidades sociales y sanitarias
47. Tal como indica el AQuAS, establecer la figura de un director o directora de proyectos con capacidad de resolución de problemas en los procesos de integración social y sanitaria en el territorio. Esta función la puede llevar a cabo un profesional externo o bien alguna persona nombrada por consenso, con la consecuente legitimidad, con el objetivo de facilitar la acogida e implicación en el proyecto
48. Impulsar la gestión de casos o gestión de la atención, que tiene como objetivo coordinar la oferta y la demanda de servicios para personas en situaciones complejas. Los gestores o gestoras de caso no tienen que ser necesariamente profesionales del ámbito de la salud, sino que tienen que venir determinados por el perfil de necesidades de las personas usuarias y por los vínculos que mantienen con sus ascendientes sociales y sanitarios
49. Establecer la figura del profesional de referencia, que conoce la persona y su entorno, siendo el responsable de dirigir el plan de atención, conjuntamente con la persona y, si procede, su familia. Como en el caso del gestor o gestora de caso, el profesional de referencia no tiene que ser necesariamente del ámbito de la salud
50. Posibilitar la activación de servicios y prestaciones en cualquier momento del año para poder dar respuesta a las necesidades sociales y sanitarias urgentes

✓ **En relación con la financiación de la integración de la atención social y sanitaria**

51. Incrementar los recursos económicos para desplegar la atención integrada social y sanitaria. Este incremento de recursos supondrá, a medio y largo plazo, una mejora de la sostenibilidad financiera del sistema respecto de la opción de no llevar a cabo el proceso de integración
52. Reequilibrar la financiación entre el sistema social y sanitario con el fin de equiparar derechos, sobre la base del estudio minucioso de los costes y las fuentes de financiación
53. Introducir escenarios de presupuesto compartido (*pooling budget*) para financiar la atención integrada social y sanitaria, tal como se ha recogido en el informe a partir de las experiencias internacionales
54. Acompañar la cartera común de servicios sociales y sanitarios de más coherencia, equilibrio y transparencia en los eventuales gastos soportados por las personas usuarias, de manera que los gastos parecidos no asistenciales reciban el mismo trato en todos los servicios, con el objetivo de alcanzar más equidad y cohesión social
55. Reforzar especialmente los recursos humanos, materiales y financieros de la atención primaria, social y domiciliaria. Será útil aprovechar los incrementos globales de presupuesto conjunto para operar esta priorización, hasta llegar a unos equilibrios más adecuados en la financiación relativa que reciban los sectores de actividad antes mencionados
56. Modificar las medidas de participación financiera en el ámbito de la atención social, prestándolas progresivas, de manera que quede garantizada la autonomía personal y financiera de las personas usuarias
57. Resolver las distorsiones derivadas de las diferentes participaciones financieras entre los ámbitos social y sanitario con respecto a determinadas casuísticas como en los casos de la salud mental y de las discapacidades

Fuente: Herrera, D., Riudor, X., & Villar, V. (2018). Integración de la atención social y sanitaria. Colección Estudios e Informes. Número 51. Barcelona. Retrieved from http://ctesc.gencat.cat/doc/doc_16249881_1.pdf

10. Miembros del Consejo Asesor de Salud

- Manel Balcells Diaz, presidente
- Xavier Bonfill Cosp
- Joan Lluís Borràs Balada
- Carme Borrell Thió
- Pere-Joan Cardona Iglesias
- David Elvira Martínez
- Pilar Espelt Aluja
- Alícia Granados Navarrete
- M. Cristina Martínez Bueno
- Ramón Pujol Farriols
- Núria Terribas Sala

Secretaría Técnica y redacción del documento

- Iría Caamiña Cabo
- Elena Calvo Valencia
- Carme Planas Campmany