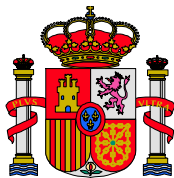


# DOSIER ESPECIAL

**VERSIÓN DEFINITIVA ENTREGADA A LA MINISTRA  
DEL INFORME DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA  
ELABORADO POR EL CONSEJO ASESOR**

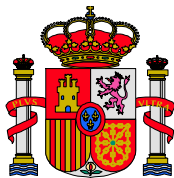
**VIERNES DÍA 05 DE ABRIL DE 2013**



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

**COORDINACIÓN Y ATENCIÓN  
SOCIOSANITARIA  
INFORME**

**Madrid, 7 de marzo de 2013**



## NOTA PREVIA

Por mandato del Pleno del Consejo Asesor de Sanidad, se constituyó el pasado 8 de noviembre de 2012 un Grupo de Trabajo sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria.

Como objetivos se fijaron:

1. La necesidad de promover la coordinación entre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales a efectos de atender enfermedades que requieren cuidados de larga duración, y
2. Proponer medidas que impulsen la coordinación y la atención sociosanitaria.

El Grupo de Trabajo estuvo presidido por el Presidente de la Comisión Permanente del Consejo Asesor de Sanidad, D. Julio Sánchez Fierro, actuando como Secretaria la Secretaria General del Consejo Asesor, D<sup>a</sup>. Pilar Fernández Fernández, y como Coordinadores, D<sup>a</sup>. Carmen Peña López y D. Bartolomé Beltrán Pons.

Como Vocales participaron en el mismo D. Juan Abarca, D. Carlos Alonso Bedate, D. Ignacio Burgos Pérez, D. Angel Carracedo Alvarez, D<sup>a</sup>. Mercedes Carreras Viñas, D. José Castillo Sánchez, D. Máximo González Jurado, D. Guillem López Casanovas, D. José Luis Puerta López-Cózar y D. Alejandro Toledo Noguera.

Como expertos también tuvieron participación en el Grupo de Trabajo:

- D. Ibán Arrién Celaya, Vocal del Consejo General de Colegios Oficiales de Fisioterapeutas de España.
- D<sup>a</sup>. Emilia Sánchez Chamorro, Directora de proyectos e innovación de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.
- D. Luis Cayo Pérez-Bueno, Presidente del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).
- D. Albert Vergés Millet, Director de la Fundación Edad y Vida.

Las reuniones tuvieron lugar los días 22 de noviembre de 2012, 17 de enero de 2013, 31 de enero de 2013 y 21 de febrero de 2013.

En ellas se debatieron las aportaciones efectuadas por los distintos miembros del Grupo de Trabajo, formulándose el Informe que se adjunta a continuación y que fue aprobado por la Comisión Permanente del Consejo Asesor de Sanidad el pasado 5 de marzo.



## COORDINACIÓN Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

- INFORME -

### I) NECESIDAD DE COORDINAR LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS SERVICIOS SOCIALES PARA ATENDER ENFERMEDADES QUE REQUIEREN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: CONSIDERACIONES GENERALES.

#### 1. Es muy amplio y sólido el consenso en torno a la necesidad de coordinar los servicios sanitarios y sociales para los cuidados de larga duración.

Entre las razones que así lo justifican figura la necesidad de ofrecer y prestar una atención integral, centrada en la persona, que se gestione por procesos y con base en un código de identificación único y con independencia de que la petición inicial de atención sea formulada ante el sistema sanitario o ante el de servicios sociales.

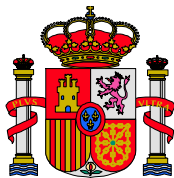
La coordinación sociosanitaria debería traducirse en una atención eficiente, en función de criterios de continuidad asistencial; trabajando en red; con calidad según estándares establecidos, con evaluación periódica, con calidez y que tenga muy en cuenta la fragilidad de estas personas.

Debería estar organizada de modo que nadie quede excluido de estos cuidados por razones económicas, pero habrá de velarse por el uso responsable de los recursos disponibles.

El ejercicio de derechos y el cumplimiento de obligaciones en el ámbito sociosanitario deberían acomodarse a criterios éticos, conforme al doble binomio justicia-equidad y autonomía-responsabilidad. Se trata de una nueva manera de proceder como individuos y como colectivos sociales.

La coordinación sociosanitaria entre el Estado y las Comunidades Autónomas debería desarrollarse en función de estrategias compartidas, implicando también a las Corporaciones Locales, a las asociaciones de mayores, a las de pacientes y a las de personas con discapacidad y sus familias, así como a las entidades privadas que colaboren con los poderes públicos.

#### 2. La coordinación sociosanitaria debería configurarse con visión de futuro, teniendo en cuenta las consecuencias del envejecimiento demográfico,



**de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de las limitaciones en la autonomía personal.**

- 3. La promoción de la salud, el autocuidado, el papel de las familias y el de los profesionales son factores determinantes para la sostenibilidad de la atención sociosanitaria.**

También lo es explorar nuevas estrategias de atención en unidades de media y larga estancia, ya que se ha podido comprobar que así se pueden conseguir ahorros para el sistema y una optimización de los recursos, adecuándolos mejor a las necesidades reales.

Tenerlo en cuenta es muy conveniente, ya que los cambios en la demanda asistencial están incidiendo en el funcionamiento de las organizaciones sanitarias, muy especialmente en los hospitales de agudos, en los que se están produciendo estancias prolongadas con el consiguiente incremento de costes e inadecuados resultados en la actividad asistencial.

- 4. A ello hay que añadir que la evolución demográfica que se espera para las próximas décadas, indica que España será uno de los países con población de mayor edad, circunstancia que inevitablemente afectará al volumen de necesidades asistenciales,** coincidiendo con una menor disponibilidad de cuidadores informales, debida al propio envejecimiento poblacional, a la creciente participación de la mujer en el mercado laboral y a los cambios en el tipo de familias.
- 5. Otra estrategia para el correcto abordaje de estos problemas es el modelo de gestión de casos.**

Existen ya muchas y positivas experiencias al respecto, siendo de especial importancia el papel del enfermero es, que, gracias a su visión integral del paciente, podrá gestionar conjuntamente aspectos sanitarios y socio-sanitarios.

En la gestión de casos la enfermera contempla un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad, promueve la autonomía como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantiza el máximo bienestar, minimiza el sufrimiento de pacientes y familiares, fomenta la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes, y asegura la continuidad de la atención.



**6. Los modelos de atención sociosanitaria, desde su perspectiva europea, muestran una gran variedad de enfoques, desde los puntos de vista legislativo y funcional.**

Los fenómenos del envejecimiento, de la cronicidad y de la dependencia están creciendo de modo intenso y son nota común en el conjunto de la Unión Europea.

Ante ello las respuestas de las legislaciones nacionales presentan una gran diversidad, tanto en el caso de sistemas vinculados a la Seguridad Social como cuando el modelo se inserta en el ámbito de los servicios sociales y se sufraga no con cotizaciones, sino con impuestos.

En todo caso es necesario destacar que una comunicación de la Comisión Europea al Consejo (COM (2001) 723) señala tres grandes objetivos para la protección de las personas que requieren cuidados de larga duración:

- El acceso a las prestaciones independientemente de los ingresos o del patrimonio.
- Un alto nivel de calidad asistencial.
- La sostenibilidad financiera de las prestaciones.

Estos tres objetivos fueron aprobados durante la Presidencia Española en Barcelona en marzo de 2002 y se constituyen como tales en otros tantos desafíos de la política social europea en el siglo XXI, en un entorno en el que la atención desde las familias es cada vez más problemático.

En efecto, las estructuras familiares son en Europa más reducidas, más inestables y más sujetas a movilidad.

De otro lado, la creciente incorporación de la mujer al mundo del trabajo todavía no se ha visto suficientemente acompañada de mecanismos de conciliación con la vida familiar en el terreno de los hechos, lo que reduce posibilidades al entorno familiar.

A ello hay que añadir que el incremento de necesidades asistenciales externas a la familia y el aumento de las personas que necesitan cuidados de larga duración están generando un importante incremento del gasto público.

Según los expertos comunitarios, por efecto del envejecimiento demográfico el porcentaje de gasto destinado a sanidad y asistencia de larga duración se incrementará en los próximos años en algunos países hasta en 4 puntos del PIB.



Volviendo a los modelos de europeos, hay que insistir en que hay países que han optado por establecer seguro obligatorio y específico dentro del Sistema de Seguridad Social. Este es el caso de Alemania (1995), de Luxemburgo (1998) o de Bélgica (región de Flandes, 2001).

Posteriormente, también en Francia (2002) se ha instaurado una prestación específica para estos cuidados para responder a las necesidades de las personas mayores.

En 6 Estados Miembros de la Unión Europea (Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Reino Unido y Suecia) los cuidados de larga duración no se plantean como un riesgo social asegurado públicamente y financiado a partir de cotizaciones, sino como un derecho universal de los ciudadanos, sostenido con impuestos y a través de servicios sociales, gestionados especialmente por autoridades locales.

El modelo de Grecia, Italia y Portugal se sitúa básicamente en el ámbito de las ayudas y de los Servicios Sociales que se otorgan por las autoridades, caso a caso, en función de niveles de renta.

Ahora bien, con independencia de cuál sea la configuración jurídica de esta cobertura sociosanitaria, es fundamental optimizar la gestión de los recursos y promover actuaciones y planes coordinados.

Esa coordinación, además, puede facilitar la accesibilidad a la protección social, una mayor capacidad de elección y más oportunidades

Pero no debe reducirse todo a la accesibilidad en términos jurídicos; importa también la calidad.

Es cierto que en este punto no se ha avanzado mucho, aunque hay algunos ejemplos interesantes. Este es el caso del Reino Unido, país en el que se ha establecido a nivel central un organismo nacional independiente (*National Care Standards Commission*).

En Italia se ha establecido también una Ley Marco para evitar desigualdades ante la descentralización de los servicios. Se trata de introducir un sistema armonizado que garantice un nivel mínimo de asistencia.

En Francia se ha aprobado un Plan Nacional con objetivos de calidad, que comprende la obligación de elaborar una «*estrategia del establecimiento*», especificando para cada Centro en qué se traducen dichos objetivos.

En Bélgica y Alemania se relaciona la calidad con el cumplimiento de normas sobre cualificaciones del personal e instalaciones, siendo ésta una



condición para obtener el reembolso de gastos por parte del Sistema de Seguridad Social.

También hay en determinados países algunas medidas sobre calidad en la asistencia a domicilio. Así, en Bélgica se han realizado algunos proyectos piloto y en Dinamarca se ha promovido un sistema de garantía de calidad a nivel local.

Realmente ha sido Francia el país que ha establecido con mayor nitidez una normativa sobre servicios a domicilio, cuyo cumplimiento está vigilado por una organización externa.

Pero la calidad depende también de la disponibilidad de suficiente personal con la debida cualificación.

Los cuidados de larga duración absorben mucha mano de obra y en bastantes países de la Unión Europea se registran graves situaciones de escasez de recursos humanos, que previsiblemente se verán incrementadas por el progresivo envejecimiento de la población y por la extensión de las enfermedades crónicas y, sobre todo, por la intensidad asistencial que requieren las personas que sufren enfermedades neurodegenerativas, uno de los temas centrales para la Sanidad y para las familias.

Entre los países que más se han destacado a la hora de promover programas para formar y contratar personal especializado figura Suecia cuya experiencia convendría tener en cuenta.

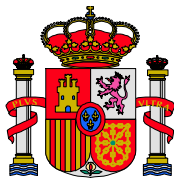
En general, en la mayoría de los Estados Miembros es necesario que los Poderes Públicos establezcan una nueva estrategia que haga más atractivo el ejercicio profesional en el sector sociosanitario, especialmente en lo relativo a retribuciones, jornada de trabajo, estabilidad en el empleo y condiciones en que se prestan los servicios.

Los supuestos de fatiga laboral y *burnout* en el personal de estos establecimientos y la asistencia a domicilio son frecuentes y deberían ser consideradas con toda atención.

También importa aquí el abordaje de los temas económico-financieros, que responden a modelos heterogéneos y que suelen adolecer de dificultades y problemas de sostenibilidad

Para tratar de superar estas dificultades en Francia y en Portugal las asignaciones financieras se realizan dentro de un esquema general contenido en planes y objetivos nacionales.





En otros países, el control se traduce en la implantación de límites al gasto como es el caso de Austria.

En Dinamarca y en Luxemburgo es más complejo y circunstanciado el control. Se ejerce con arreglo a un Plan de asistencia individualizado.

En suma, cabe decir que el control se suele ver dificultado por la descentralización de los servicios, que obliga a diseñar algunos mecanismos de seguimiento y vigilancia centralizados.

Además del ejemplo británico, al que hemos hecho mención anteriormente, en Austria se ha establecido un Acuerdo entre el Estado Federal y los *Landers* o en Italia la Ley Marco a la que también hicimos antes referencia.

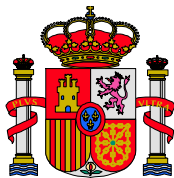
Así pues, mejor coordinación de las instituciones y de las entidades responsables y mayor equilibrio financiero y más calidad en los servicios son objetivos europeos habituales.

**7. La coordinación sociosanitaria es un factor estratégico para la sostenibilidad del sistema sanitario y también para la mejora de los servicios sociales, porque:**

- Maximiza la eficiencia y permite ahorros en el sistema. Es notorio que posibilita una racionalización y una mayor adecuación del consumo de recursos al permitir liberar camas hospitalarias de agudos, más costosas y en muchos casos menos adecuadas a las necesidades del paciente sociosanitario, especialmente cuando éste sufre enfermedades crónicas o se encuentra en situación de discapacidad o dependencia.
- Mejora la calidad de la atención, al poder adaptar mejor las respuestas asistenciales a las necesidades individuales de los usuarios.
- Permite reducir de forma significativa las recaídas y los reingresos, y con ello, se reducen costes sanitarios.
- Ayuda a la continuidad de los cuidados.

**8. Es mucho lo que está pendiente de hacer para conseguir la adecuada sensibilización de la sociedad en el ámbito sociosanitario.**

**Aun no se ha alcanzado un adecuado nivel de responsabilidad social ante el envejecimiento, la cronicidad, la pluripatología, la falta de autonomía personal y la atención a las personas con discapacidad y su inclusión social.**



Es preciso poner de relieve que el cambio de la pirámide demográfica y las enfermedades crónicas están planteando serios interrogantes acerca de los cuidados que serán demandados en un futuro no muy lejano.

La necesidad de estos cuidados será creciente pese a las mejoras en la calidad de vida y en la salud de los mayores y ello porque la vejez conlleva limitaciones físicas y psicológicas.

De otra parte, es preciso tener presente que las enfermedades crónicas y las situaciones de dependencia son ya la principal causa de demanda asistencial y que su incidencia se doblara hacia 2030 en mayores de 65 años.

Por eso es preciso insistir en la importancia de su prevención y analizar los resultados de las estrategias preventivas a fin de reorientarlas de reformularlas con el apoyo de todos los implicados.

En este sentido, hay que subrayar que los planes preventivos de patologías crónicas, los de envejecimiento activo y los que fomenten hábitos de vida saludable (ejercicio y alimentación) son imprescindibles.

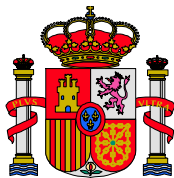
**9. El envejecimiento activo y saludable comporta un proceso de optimización de oportunidades de salud, de participación y de seguridad dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.**

Debe operar simultáneamente en el nivel individual (estilo de vida), organizativo (gestión) y social (políticas) y en todas las etapas del curso de vida.

Siendo el propio individuo el gestor auto-responsable de las mejores condiciones para el mantenimiento de su salud a través de la participación en actividades de tiempo libre, al Estado le compete el papel de *“capacitar, facilitar y motivar a los ciudadanos”* para conseguir una forma activa de vivir.

Por lo tanto, las recomendaciones para una participación activa de la población mayor en España habrían de considerar:

- la diversidad de situaciones en las que se encuentran las personas,
- la necesidad de poner en valor sus capacidades de búsqueda de la mejor forma de promover su envejecimiento activo,
- la consecución o mantenimiento de una situación de máxima autonomía de funcionamiento, tanto físico como mental, alejada de los estereotipos negativos, e



- involucrar y hacer partícipes en las decisiones a las personas mayores en el diseño de las políticas públicas.

Asimismo, conviene poner el acento en el efecto beneficioso del ejercicio físico en la mejora clínica de pacientes con afecciones cardíacas, circulatorias, endocrinas, en pacientes con alteración de la coordinación y equilibrio o en pacientes con enfermedad osteoarticular, actuando por tanto como factor influyente sobre la mejora del estado de salud percibido y la calidad de vida.

#### **10. La atención sociosanitaria sigue siendo una asignatura pendiente en nuestra legislación.**

El Real Decreto de 1995 sobre cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud anunciaba una regulación que nunca llegó. Otro tanto sucedió con el Real Decreto de 15 de Septiembre de 2006, que debería haber desarrollado el artículo 14 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de 2003.

Luego, la llamada Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, de 2006, solo hizo un par de llamamientos en favor de la coordinación sociosanitaria, pero sin contenidos específicos.

Con posterioridad se abordó el estudio de este asunto por parte del Ministerio de Sanidad con los Consejeros de las Comunidades Autónomas, plasmándose en un Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria presentado en Diciembre de 2011.

No figuran en dicho Libro Blanco propuestas de otros agentes que operan en el sector ni, en particular, las de las asociaciones de pacientes, mayores y personas con discapacidad y sus familias.

**El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha expresado su decidida voluntad de impulsar un Pacto Sociosanitario, para así abrir el camino a una nueva normativa en esta materia.**



## II) PROPUESTAS PARA IMPULSAR LA COORDINACIÓN Y LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: OBJETIVOS PRIORITARIOS.

- 11. Es prioritario impulsar una atención integral al paciente o personas con necesidad de apoyo asistencial intenso y complejo, coordinando de modo continuo y sistemático los servicios sanitarios y los sociales e implantando una entrada única al sistema de cuidados (código de identificación único) y una historia clínica electrónica única del paciente para todos los niveles asistenciales y para todo el territorio nacional.**

Las necesidades que precisan atención pueden ser de carácter físico-biológico, psicológico-cognitivo, efectivo-emocional y económico-social.

Para hacer efectiva la coordinación sociosanitaria habrá que mejorar las estructuras organizativas dotándolas de mayor capacidad de gestión, con el suficiente respaldo normativo, así como descentralizar la toma de decisiones, empoderando a los profesionales de ambos sistemas.

El conocimiento de los recursos inmediatos, la puesta en red de los mismos y la cercanía a la realidad de los usuarios/pacientes, serán algunas de las claves para encontrar la respuesta integral a las necesidades sociosanitarias.

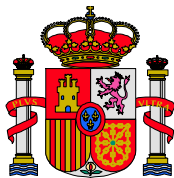
También lo son la gestión profesionalizada de casos, los equipos multidisciplinares y los itinerarios individualizados de atención, cuidando asimismo los mecanismos que favorezcan la información, la toma de conciencia y la participación de la persona atendida y de su entorno próximo (familia) en todo el proceso.

La atención integral a la que se hace referencia en el presente Informe abarca a los sectores público y privado.

- 12. La atención sociosanitaria debe referirse preferentemente a enfermedades de larga duración y, en particular, a enfermedades crónicas, convalecencias, recuperación funcional, cuidados paliativos, atención subaguda y atención postaguda.**

Habitualmente se orienta a enfermos subagudos con riesgos de descenso funcional y de reagudización, con frecuentes visitas a urgencias e ingresos hospitalarios y/o con dificultades para tratamiento domiciliario por causas clínicas o sociales.

Es importante destacar el papel de la atención post-aguda, que persigue un tratamiento integral del enfermo mayor frágil con una enfermedad aguda



reciente o un accidente. Gracias a ella disminuirán las estancias en hospitales de agudos. Esto se logra mediante un traslado precoz a unidades de convalecencia.

De otra parte, con la llamada atención sub-aguda se persigue ofrecer un tratamiento integral a personas con enfermedad crónica conocida y muy evolucionada, reduciendo o evitando la estancia en centros de agudos mediante un tratamiento en una unidad de menor complejidad terapéutica.

**13. Es necesario establecer la tipología de las causas de las patologías que deben ser atendidas, considerando también las características que concurren en las distintas situaciones de falta de autonomía personal o de discapacidad, así como su prevalencia actual y las perspectivas de futuro.**

A tal efecto, especialmente los Médicos y las Enfermeras de Atención Primaria, deberían identificar a los pacientes crónicos, pudiendo contar para ello con la colaboración de la farmacia comunitaria, mediante los adecuados Protocolos y guías consensuadas y el apoyo o intervención de los fisioterapeutas y de los médicos rehabilitadores cuando el proceso o caso así lo requiera.

También se considera conveniente contar con información para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que permita estratificar la población para conocer el riesgo, la fragilidad y la complejidad, la necesidad de cuidados y autocuidados de los ciudadanos y así poder dar una respuesta asistencial adecuada y predecir el riesgo de morbilidad y el volumen y carácter de recursos sanitarios precisos.

En este sentido resulta de evidente interés contar con información sobre los procesos de *“entrada o no”* en situaciones que requieren atención sociosanitaria y de transición en sus diferentes estadios, considerando las características de los individuos, tanto propias como las externas provenientes de su entorno vital.

Entre los pacientes con necesidades de atención sociosanitaria destacan los siguientes perfiles:

- Personas con pluripatología (más de 2/3 diagnósticos) y enfermedades crónicas de larga evolución.
- Personas con demencias avanzadas o con algún trastorno cognitivo de tipo crónico que requieran cuidados sanitarios complejos.



- Personas que sin patología previa relevante sufren un proceso, que, superada la fase aguda, causa incapacidad grave potencialmente reversible.
- Personas que tras una intervención quirúrgica o un proceso agudo sufren un cuadro clínico que requiere estabilización o una cierta intensidad terapéutica compleja, curas y/o alguna exploración complementaria antes de volver al domicilio.
- Paciente geriátrico frágil.
- Personas con enfermedades avanzadas sin expectativas de curación y con un pronóstico de vida limitado que requieren un tratamiento sintomático y confort.
- Personas que necesiten cuidados y curas de enfermería, o administración de medicamentos que requiere técnicas de enfermería, o tratamientos preventivos complejos.
- Personas que necesiten recuperar funciones, y que por circunstancias funcionales o sociales, no lo puedan realizar ambulatoriamente.
- Entre las personas con discapacidad, cabe señalar como grupos que precisan más atención sociosanitaria las personas con enfermedad mental, las personas con daño cerebral adquirido, las personas con enfermedades de baja prevalencia y las personas con enfermedades neurodegenerativas, entendiéndose siempre que la discapacidad torna a las personas que la presentan en usuarios más intensos de atenciones de salud y sociales.
- También habrán de contemplarse a estos efectos las enfermedades raras.

Ante estos perfiles debería fijarse un elenco genérico y flexible de situaciones de hecho que, una vez acreditada su concurrencia, posibiliten que la persona ingrese en el modelo de atención sociosanitaria. No ha de tratarse de un nuevo “baremo” social (discapacidad o dependencia) o sanitario (diagnóstico o pronóstico), sino un juicio apreciativo formado a partir de los elementos de todo tipo sobre la persona ya existentes o que se puedan producir.

**14. La atención sociosanitaria debería conllevar la reorganización del conjunto de los niveles asistenciales, teniendo en cuenta los diferentes perfiles de los pacientes y la estructura de la población por edades,**



**patologías, grado de autonomía personal, género y medio urbano o rural, así como los costes asociados.**

Ello se traduciría, entre otras cosas, en que los hospitales generales de agudos se especializarían en la intervención y tratamiento de enfermedades agudas y de reagudización y urgencias.

Asimismo, los centros de atención sociosanitaria, que incluyen tanto centros hospitalarios de media estancia como centros residenciales con unidad sociosanitaria acreditada por Sanidad, se centrarían en las enfermedades de larga duración (crónicas) con requerimientos de atención sanitaria compleja, convalecencia, recuperación funcional, paliativos, post-agudos y subagudos, así como las funciones de hospital de día.

Por último, otras prestaciones como los centros residenciales, la ayuda a domicilio, la teleasistencia, etc. ofrecerían cuidados de larga duración.

- 15. Convendría promover una mayor capacidad resolutive a nivel sanitario en los centros residenciales para mayores, a través de unidades sociosanitarias de referencia con la debida acreditación de las Administraciones Sanitarias.**
- 16. Habría que regular la cartera de servicios según criterios de eficiencia y de calidad asistencial, garantizando su aplicabilidad en todo el territorio nacional. Esta cartera debería regirse por criterios clínicos y de atención social habilitadora y de coste-efectividad, lo que consecuentemente implica una evaluación periódica de las prestaciones.**

El desarrollo de nuevas estrategias para incorporar la atención sanitaria integral en la cartera de servicios, debería pasar por la:

- Reasignación de roles
- El desarrollo de un verdadero trabajo en equipo, en el que los profesionales tienen "*plena autonomía técnica y científica*".
- Y la incorporación de herramientas que permitan una mejora en la prestación de la asistencia, es decir, protocolos y guías de práctica clínica y asistencial.

- 17. Se hace preciso Incluir en la cartera de servicios la prevención de patologías, en particular las crónicas, y la promoción de la salud y la detección precoz de este tipo de situaciones.**



A ello contribuirá la autorresponsabilización de los pacientes y cuidadores, fomentando el autocuidado, para lo cual son necesarias acciones de información y guías.

El hecho de no utilizar los conocimientos disponibles en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas es una temeridad. Por eso, es necesario promover medidas de prevención, haciendo frente a los distintos factores de riesgo, mediante la modificación de los estilos de vida y las características ambientales, así como sus determinantes sociales y económicos (estrategia de población) y la identificación y el manejo de los factores de riesgo en los sujetos que están especialmente expuestos.

La educación para la salud, el ejercicio físico y los hábitos alimentarios deben ser prioritarios para las autoridades y para los ciudadanos.

Las asociaciones también pueden colaborar eficazmente. Entre todos hay que promover un auténtico cambio cultural.

En el establecimiento de la cartera de servicios del modelo, deberá incluirse con la debida relevancia todos aquéllos que potencien la prevención, la detección temprana y la promoción de la salud y la autonomía personal, en concreto, deberá asegurarse a la persona los siguientes apoyos o recursos:

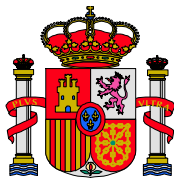
- Formación a través de consejos y hábitos saludables.
- Conciencia activa de prevención.
- Dispositivos de alerta para la detección precoz y la atención temprana de los casos.
- Desarrollo de habilidades de la persona y de su entorno de promoción de la autonomía personal.

**18. Deberían fomentarse políticas y programas públicos destinados al envejecimiento activo, a la educación en hábitos saludables, al uso racional de los recursos asistenciales disponibles, a la adherencia a los tratamientos, al papel y a las necesidades del cuidador informal y a las situaciones de soledad.**

En función de ello, parece necesario que:

- Las administraciones públicas establezcan los mecanismos necesarios para oír a las asociaciones de mayores, de pacientes y de personas con discapacidad y sus familias.
- Mejorar los lugares de paseo, los parques biosaludables y disponer de un medio ambiente de calidad.





- La accesibilidad universal debe ser incentivada por parte de todas las administraciones públicas, tanto en financiación como en reconocimiento.
- Mejorar la accesibilidad de los entornos naturales, elaborar las recomendaciones adecuadas, su señalización y su publicidad.
- Elaborar recomendaciones para el envejecimiento activo, adaptadas para edades, condiciones físicas y patologías, y ponerlas a disposición de las asociaciones de la tercera edad y de pacientes y de personas con discapacidad y sus familias.
- Mejorar el conocimiento y las habilidades de los profesionales sanitarios y animadores comunitarios.
- Diseñar un mecanismo de evaluación de la accesibilidad en el entorno natural, que cumplimenten las administraciones competentes.
- Promover hábitos saludables mejorando la información.
- Fomentar el uso responsable de los recursos asistenciales disponibles, en particular de los medicamentos, así como la adherencia al tratamiento.

**19. Es prioritario definir bien los perfiles de los cuidadores profesionales, su formación (reglada y continuada), así como su acreditación para favorecer la calidad asistencial.**

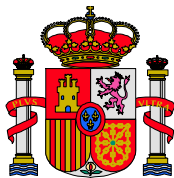
A estos efectos, se proponen los perfiles de enfermera especialista en geriatría y enfermera graduada.

La enfermera especialista en geriatría, estará capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a pacientes ancianos en situaciones complejas así como para la gestión de los servicios socio-sanitarios, fomentando la correcta utilización de los recursos.

La Enfermera graduada lo estará para llevar a cabo los cuidados de enfermería y mejorar la calidad de vida de la población anciana.

Se acreditarán sus competencias tanto para los procesos de selección como para la evaluación sistemática de su desempeño a través del sistema de gestión de competencias que se desarrolle en el Sistema Nacional de Salud.

Los cuidadores profesionales, si manejan situaciones de riesgo y capacidad sanitaria, deberían estructurarse a través de los Grados Sanitarios actuales



y, por tanto, habrían de respetarse escrupulosamente las capacidades otorgadas por los títulos académicos oficiales.

En este sentido debería tomarse como norte la LOPS (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias).

En otro orden de cosas es preciso que se contemplen expresamente las capacidades docentes de los fisioterapeutas en ámbitos de intervención de los cuidadores profesionales.

- 20. Habría que abordar el estudio de las infraestructuras existentes, sanitarias y sociales** (públicas y privadas, incluidas en su caso las entidades asociativas, así como de iniciativa social no lucrativa), que deberían funcionar en red, respondiendo a criterios de continuidad y calidad asistencial, de coordinación efectiva y de coste-eficacia, según itinerarios personalizados y operando conforme al método de gestión de casos.

También es preciso analizar, en función de la pirámide de población y de la morbilidad, las necesidades de recursos de infraestructuras sociales y sanitarias, definir la cartera de servicio de las mismas y los sistemas de ingreso y reubicación (derivación) de los pacientes y usuarios en función de sus necesidades.

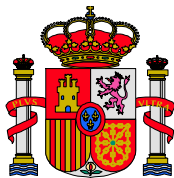
De otra parte, los centros que presten servicios socio-sanitarios deberían ser correctamente identificados, tanto por su finalidad, residencial, social o sanitaria, como por su financiación, pública o privada.

Todos los centros deberían estar debidamente autorizados según la legislación vigente y estar acreditados por los organismos competentes.

Todos los centros y servicios que presten atención sociosanitaria, públicos o privados, de cualquier tipo o clase se integrarán en red, tanto entre ellos, como con los servicios y centros de atención sanitaria primaria y especializada, a fin de garantizar la continuidad asistencial y la coordinación efectiva de los recursos disponibles, evitando duplicidades y pérdidas de información.

- 21. Sería de interés promover programas piloto que favorezcan la atención sociosanitaria en hospitales, centros de día, residencias, centros de salud, oficinas de farmacia y centros de rehabilitación.**

Entre dichos programas deberían figurar los relativos a acceso al medicamento, productos sanitarios, nutrición enteral, dietoterápicos, etc. También parece conveniente implementar la prestación farmacéutica en



los centros residenciales, tal y como establece el artículo 6 del Real Decreto-Ley 16/2012.

Otros programas piloto podrían referirse a Teleasistencia Avanzada, Promoción de la Autonomía Personal, Intergeneracionales, de Apoyo a pisos tutelados, Servicios de Atención domiciliaria, Servicios de Salvaescaleras, Servicios de Productos de Apoyo (Ayudas técnicas y material ortoprotésico) y Servicios de Limpieza y Comida a domicilio.

**22. También es necesario garantizar una adecuada gestión de la prestación farmacéutica en el ámbito sociosanitario, de modo que se lleve a cabo en condiciones de equidad y de accesibilidad, implantando procedimientos de colaboración entre profesionales sanitarios y de coordinación entre los centros residenciales y de día y los centros de salud, los hospitales y las oficinas de farmacia, tanto a efectos de prescripción como de dispensación.**

- Realizar un registro integral del paciente, de los tratamientos farmacológicos, productos sanitarios, nutrición enteral, dietoterápicos, etc., de acceso para los profesionales sanitarios responsables del paciente.
- Aprovechar el potencial y la capilaridad de la red asistencial de farmacias para conseguir una atención sociosanitaria integral y accesible, coordinándose con los servicios de salud y sociales, ya sean residenciales, de día o en el domicilio.
  - Seguimiento del tratamiento farmacológico del paciente sociosanitario mediante procedimientos que faciliten la intervención multidisciplinar, la detección de problemas relacionados con el uso de los medicamentos (duplicidades, interacciones, efectos adversos, contraindicaciones, etc.) y la adherencia a los tratamientos.
  - Sistemas individualizados de administración de medicamentos, como los sistemas personalizados de dispensación (SPD), para mejorar la adherencia a los tratamientos, teniendo en cuenta las características específicas de los pacientes.
  - Colaborar para un uso seguro, responsable y eficiente de los medicamentos y productos sanitarios, ateniéndose a las mejores prácticas para la correcta conservación, preparación y administración (formas farmacéuticas complejas, etc.)



- Actividades informativas a los pacientes y personal del centro sobre medidas de autocuidado, promoción de la salud y de la autonomía personal y prevención de la enfermedad.
- Colaboración en la elaboración de guías farmacoterapéuticas de uso en el centro sociosanitario.

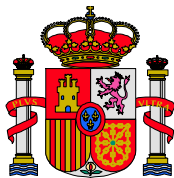
**23. También se potenciará la atención farmacéutica domiciliaria desde la oficina de farmacia, los supuestos de polimedicación, la bioapariencia en los medicamentos y la teleasistencia, promoviendo acuerdos entre las administraciones sanitarias, responsables de los servicios de ayuda domiciliaria, impulsando la mejora en el uso de los medicamentos y productos sanitarios, de nutrición enteral o dietoterápicos.**

Dichos acuerdos definirán los criterios para la incorporación de los pacientes a programas de atención farmacéutica domiciliaria, y los requisitos que deberán cumplir las farmacias que deseen intervenir en dichos programas. En estos podrían incluirse aspectos de interés como:

- Indicación farmacéutica y seguimiento del tratamiento farmacológico del paciente. Implantación de procedimientos que faciliten la intervención multidisciplinar, la detección de problemas relacionados con el uso de los medicamentos (duplicidades, interacciones, efectos adversos, contraindicaciones, etc.) y la adherencia a los tratamientos.
- Detección de enfermedades ocultas y derivación al profesional médico.
- Sistemas individualizados de administración de medicamentos, como los sistemas personalizados de dispensación (SPD), para mejorar la adherencia a los tratamientos, teniendo en cuenta las características específicas de los pacientes.
- Formación del paciente y/o cuidador en el uso seguro, responsable y eficiente de los medicamentos, su conservación y correcta administración.
- Educación sanitaria al paciente y/o cuidador sobre medidas de autocuidado, promoción de la salud y la autonomía personal y prevención de la enfermedad

**24. Se pondrá especial cuidado en el seguimiento de los problemas y de los resultados en la utilización de fármacos y productos sanitarios, la adherencia a los tratamientos y la vigilancia de botiquines domésticos.**

Para ello las farmacias llevarán a cabo servicios dirigidos a la revisión, cumplimiento y seguimiento de los tratamientos, en coordinación con el



médico prescriptor, para detectar y prevenir problemas relacionados con los medicamentos.

**25. Se definirán los perfiles profesionales más adecuados para la composición de los equipos de gestión de casos.**

La gestión de casos es una herramienta establecida para integrar servicios alrededor de las necesidades de individuos con problemas de larga duración.

Los perfiles de los profesionales del equipo tienen que ser los adecuados para:

- Búsqueda e identificación de casos;
- Valoración integral;
- Planificación de la atención;
- Coordinación de la atención;
- Gestión de la medicación;
- Soporte al autocuidado;
- Negociación y representación;
- Soporte psicosocial;
- Monitorización y revisión de los cuidados; y
- Cierre del caso si procede.

Para ello, entre otras medidas, es necesario:

- Establecer sistemas de información compartida entre los profesionales de los hospitales, de atención primaria, incluidas las oficinas de farmacia, que participan en los equipos de gestión de casos.
- Establecer, en el ámbito del medicamento, planes terapéuticos que integren la aportación de todos los profesionales que participan en los equipos de gestión de casos.
- Participar en proyectos de investigación conjuntos y en programas de formación continuada de los profesionales que intervienen en los equipos de gestión de casos.
- Los equipos podrían incluir, entre otros, expertos del Área Sanitaria, Atención Primaria, Servicios Sociales y Proveedores de servicios cuando no sean los de centros públicos.



## **26. El equipo multidisciplinar de gestión de casos, es un instrumento clave para la coordinación sociosanitaria.**

La entrada del paciente en el circuito sociosanitario viene condicionada por la presencia de una patología que requiere una intervención especializada. La confluencia de factores sociales genera una necesidad de actuación coordinada.

La atención sociosanitaria del paciente puede activarse tanto desde el hospital de agudos, como desde atención primaria, los equipos domiciliarios o los centros residenciales o de día.

Cuando se identifique un caso susceptible de atención sociosanitaria debería remitirse a un Equipo multidisciplinar / Comisión Sociosanitaria de gestión de casos. Dicho equipo debería estar formado por profesionales de diferentes ámbitos asistenciales (Hospitalarios, Centros de salud, Centros sociosanitarios, Atención primaria de servicios sociales, Administración Pública) y su objetivo sería el de evaluar las necesidades sanitarias y sociales complejas que presenta el paciente y acordar el mejor recurso para atenderlas.

A partir de un informe unificado, se planificaría la atención del paciente con el objetivo de dar respuesta a sus necesidades con una ubicación idónea en el correspondiente nivel asistencial

Los profesionales del nivel de destino se convertirían en responsables del caso y tomarían decisiones de reubicación de forma autónoma dentro del circuito sociosanitario.

La Comisión Sociosanitaria realizaría labores de gestión de lista de espera, de asignación de recursos y de coordinación con los diferentes niveles asistenciales.

En el seno de la Comisión se acordará a quien se encomiende las funciones de coordinación para facilitar la gestión de casos.

En relación a la composición de estos equipos cabría distinguir entre el ámbito urbano y rural, donde la atención se organiza en base a las circunstancias y características específicas de cada lugar.



**27. Habrá que diseñar las características de los equipos multidisciplinares a los que se encomiende la gestión de casos. Se establecerán protocolos sobre su forma de actuar, así como las principales herramientas y los criterios a utilizar por aquéllos.**

Con el método de gestión de casos mejora la organización, la coordinación y la integración de la aportación de los profesionales de distinta especialidad que participan en la atención a las personas que viven una situación de salud compleja.

Parece obvio que el equipo básico lo deberían constituir el trabajador social, la enfermera y el médico y, en su caso, el fisioterapeuta o el médico rehabilitador como profesionales de apoyo cuando el proceso o el caso así lo requieran.

Los protocolos y criterios se irán desarrollando por las CC.AA. a medida que están disponibles los recursos y se determine su financiación.

En todo caso sería conveniente mejorar la comunicación entre enfermería hospitalaria y la de primaria en torno a cuidados y la de las trabajadoras sociales de ambos niveles.

El equipo de Gestión de casos será el responsable de decidir consensuadamente el recurso asistencial más adecuado en función de la Hª Clínica y de las necesidades sociales de la persona.

**28. Será preciso seguir en las actuaciones un modelo de atención continuada.**

El modelo de gestión de casos debe contribuir a facilitar un modelo de atención continuada y de una efectiva y auténtica coordinación de los diferentes recursos asistenciales, para que la persona pueda ser atendida en el nivel asistencial más adecuado a sus necesidades en cada momento: atención domiciliaria, atención primaria, atención residencial o atención hospitalaria

Es notorio que en el medio rural la atención continuada a nivel de primaria tiene buena implantación, mientras que en el medio urbano la situación es bastante diferente.

Para hacer posible una adecuada atención continuada convendría:

- **Que la historia clínica informatizada (la social y la sociosanitaria) sea accesible en cualquier punto del territorio nacional, siempre que lo precise el paciente.**



- Que la teleasistencia esté coordinada con el equipo base de atención continuada.
- Que en el medio rural se cuente con al menos un trabajador social de referencia vía telefónica y telemática.
- Que se refuercen en el medio urbano los servicios de atención continuada.
- Que la asistencia periódica a estos pacientes sociosanitarios se debería hacer mediante protocolos, en función de la patología y del grado evolutivo, oídas las sociedades científicas.
- Que se establezcan reuniones periódicas entre el equipo base: médico y enfermera de referencia en atención primaria y el trabajador social.
- Que la Zona Básica de Salud o estructura sanitaria similar coincida con una Zona o comarca de Acción Social

**29. Deberían promoverse medidas para la profesionalización de la gestión en el sector sociosanitario, haciéndolo más atractivo, disminuyendo la intensa rotación del personal y promoviendo su fidelización, definiendo perfiles y aptitudes profesionales, apostando por la formación continua y por la mejora de las condiciones de trabajo.**

En un momento de grave situación de desempleo como el que vive nuestro país es importante impulsar oportunidades de trabajo en la atención sociosanitaria.

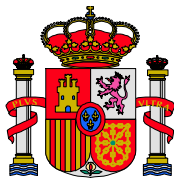
Resulta muy llamativa la información recientemente difundida por la Comisión Europea, según la cual en España van a hacer falta cerca de 300.000 personas para atender servicios sociosanitarios.

En 2004, el Libro Blanco, que elaboró el Gobierno con vistas a la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, recogió estimaciones que la realidad ha mostrado que fueron en exceso optimistas: Trescientos mil empleos directos y casi otros tantos indirectos.

Aquéllos eran tiempos de altas tasas de crecimiento de nuestra economía y de ambiciosos planteamientos para el llamado Estado del Bienestar. Los hechos han discurrido por un camino diferente; el camino de los desequilibrios presupuestarios, de la morosidad de las Administraciones públicas y de los ajustes de personal.

Sin embargo, a pesar de la crisis, en 2009 y 2010, aún se registró en el sector privado de la atención sociosanitaria algún incremento del empleo,





que contrastaba con las reducciones de personal en la mayoría de los sectores.

En todo caso, es evidente la necesidad de recursos humanos, aunque temporalmente esté ralentizada.

Para desbloquear la situación habría que analizar y valorar algunos problemas, entre los que destacan:

- la heterogénea regulación de las condiciones de trabajo,
- los salarios poco atractivos,
- la falta de estabilidad en el empleo,
- el notorio déficit formativo, y
- frecuentes situaciones de estrés laboral.

Todo ello significa:

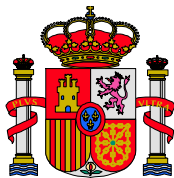
- Que hay necesidad de profesionales en el sector sociosanitario y que esta necesidad va a crecer considerablemente en el próximo futuro.
- Que, laboralmente hablando, hay que hacer más atractivo el sector y que para ello habría que mejorar la formación, las condiciones de trabajo y la estabilidad en el empleo.

**30. Objetivos fundamentales en la atención sociosanitaria son fomentar la calidad y la seguridad.**

La vulnerabilidad y características clínicas y de dependencia de estos pacientes, la comunicación, la formación y el entrenamiento de los profesionales son los factores contribuyentes de mayor peso para mejorar la seguridad clínica.

**31. Dentro de las medidas para impulsar la calidad hay que destacar la evaluación y la acreditación de profesionales y de centros, tanto públicos como privados, con un modelo orientado a resultados, contando para ello con indicadores y protocolos, y vinculando efectos económicos a resultados obtenidos.**

**32. Habría que afrontar un proceso de revisión profundo del complejo, pero incompleto, marco jurídico existente, constituido por normas dispersas y descoordinadas (Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia de 2006, Ley de Integración Social**



de las Personas con Discapacidad –LISMI-, Real Decreto de 15 de Septiembre de 2006, por el que se aprueba la Cartera de Servicios del SNS, y más de 600 disposiciones autonómicas).

Esa reforma legal debería llevarse a término desde una perspectiva global y teniendo como referencia central el usuario y su entorno familiar y social.

**33. Las bases y los principios generales a los que debería responder el nuevo marco legal habrían de ser fruto del consenso entre las Administraciones implicadas, capaces de garantizar unos mismos derechos en cualquier lugar del territorio nacional.**

Esta normativa debería dar respuestas coherentes con los cambios producidos y los previstos en nuestra estructura demográfica, con la diversidad de situaciones y de demandas sociales, con la necesidad de adoptar medidas que hagan posible la sostenibilidad del sistema de protección social, que refuercen la coordinación de los servicios y contribuyan a su mayor eficiencia.

Asimismo sería importante que, tal y como señala la Organización Mundial de la Salud en un Informe del año 2001, se favorezca la acción conjunta de las familias, de los individuos, de las Administraciones Públicas, de las ONG y del sector privado.

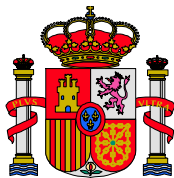
Se trata de abordar una reforma legal que debería ser prioritaria dado el alcance de la misma. A los problemas de hoy habría que añadir las previsiones, según las cuales, a mediados del siglo XXI, el 44% de nuestra población tendrá más de 60 años.

Habría que procurar que la reforma normativa estuviese dotada de la necesaria flexibilidad, dada la amplia gama de supuestos y de situaciones y siempre con sensibilidad hacia las medidas que permitan la optimización de los recursos.

El apoyo al entorno familiar, la profesionalización de los servicios, la formación y la información, el abordaje interdisciplinar, la atención continua, la movilidad y los derechos de los pacientes, la gestión personalizada de casos, la colaboración entre Administraciones y con el sector privado y el aseguramiento complementario deberían tener una especial consideración dentro de esta normativa.

No obstante, no todo consiste en medidas regulatorias, ya que sin un cambio de cultura administrativa apenas se notarían los cambios.

Será necesario un esfuerzo especial para superar el hecho de que, desde hace tiempo, los servicios sanitarios y los sociales han venido caminando



por separado, según criterios muy diferentes, lo que se ha visto agudizado por la gestión autonómica. No se trata, en efecto, de una tarea sencilla.

Por eso, **un Pacto de Estado se hace especialmente necesario para llevar a cabo con éxito el salto cualitativo que representaría una legislación moderna para la atención sociosanitaria.**

Sería, por tanto, muy conveniente una normativa básica, una Ley Básica de coordinación y atención sociosanitaria

**34. Habrá que promover un modelo de financiación suficiente e impulsar una gestión económico-administrativa transparente.**

Habrà que buscar el mejor encaje posible de la atención sociosanitaria dentro del modelo de financiación autonómica, de las exigencias de la Ley Orgánica de estabilidad presupuestaria y del cumplimiento de los compromisos en materia de déficit público con la Unión Europea. Las tensiones financieras de estos últimos años hacen de esta cuestión un tema prioritario e ineludible. En todo caso, los efectos de los ajustes presupuestarios, que con ocasión de la crisis económica sea preciso llevar a cabo, no deberían trasladarse sin más al sistema de servicios sociales. Los resultados de los esfuerzos en mejora de gestión deberían beneficiar de modo equilibrado a la sanidad y a los servicios sociales.

**35. La aportación de los usuarios en el mantenimiento de determinados servicios, cuando sea precisa, se determinará en consonancia con el nivel de renta y patrimonio, de las circunstancias del entorno familiar y social y del tipo de servicio, ajustándose en virtud de criterios transparentes de eficiencia, de equidad y de cohesión territorial.**

Las administraciones harán un esfuerzo para clarificar los niveles de participación del usuario y al mismo tiempo adoptarán medidas para informar, facilitar y fomentar el ahorro y previsión privados.

También se valorará la posibilidad de reducir los costes a cofinanciar, no solo a través de una gestión más eficiente, sino mediante convenios con las asociaciones de pacientes, de mayores o de personas con discapacidad y sus familias.

**36. Se promoverá la regulación del seguro complementario de dependencia, de carácter voluntario. Su contenido y modalidades, así como sus incentivos fiscales serán objeto de la correspondiente normativa, considerándose conveniente también la posibilidad de desgravaciones por otros gastos sociosanitarios.**



La desgravación fiscal de los seguros complementarios de dependencia podría contribuir a descongestionar la sanidad y supondría un ahorro en gasto sanitario público.

De otra parte, el aseguramiento voluntario privado permitiría a los usuarios planificar mejor sus necesidades futuras.

**37. Se hace necesario Impulsar la colaboración público-privada y de iniciativa social sobre bases estables.**

Dicha colaboración debería responder a criterios bien definidos, que incentiven las inversiones y que supongan un reconocimiento económico adecuado a los servicios ofrecidos y prestados. Habría que garantizar la estabilidad y la igualdad de condiciones para todos los proveedores de los referidos servicios, la valoración del esfuerzo inversor y la información necesaria sobre planes y programas de las Administraciones Públicas. También debería regularse un estricto control público para asegurar la solvencia de los organismos públicos que contraten la colaboración privada.

**38. Hay que considerar prioritaria la formación de los cuidadores informales.**

En este sentido, hay que señalar que tales cuidadores son personas que, según su configuración habitual, dispensan cuidado sin percibir compensación económica por realizar esta tarea. No poseen formación formal para suministrar los cuidados y tampoco sobre los problemas físicos y mentales que provocan la enfermedad/discapacidad.

Suelen pertenecer al entorno próximo de la persona dependiente o discapacitada; esto es, a la familia nuclear, vecinos y amigos.

Como apoyo a los cuidadores informales resultaría de especial interés la puesta en marcha de escuelas de salud, que faciliten a los ciudadanos el conocimiento de los cuidados y autocuidados necesarios para mejorar la atención a las enfermedades crónicas, mejorar los niveles de alfabetización sanitaria de la población y fomentar la corresponsabilización de los pacientes en el mantenimiento de su salud.

También resulta conveniente implementar Foros y canales de consulta (vía web, email, móviles, etc.) en colaboración con Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes y personas con discapacidad y sus familias, cuya regulación y derechos deberían ser objeto de una Ley, que complemente la ya vigente de autonomía del paciente.



La formación de naturaleza sanitaria de los cuidadores informales se hará a nivel de conocimientos básicos, se realizará exclusivamente por profesionales sanitarios y pondrá el acento en la precaución y la derivación inmediata como instrumentos esenciales en la atención socio-sanitaria.

- 39. Se debería articular un sistema que facilite la gestión de la información, en particular implantando un código de identificación único para asistencia sanitaria y para servicios sociales, aplicando con arreglo al mismo todas las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías (tarjeta, historia clínica e historia social compartidas), facilitando así la toma de decisiones en todos los ámbitos y garantizando en todo momento la privacidad de los datos.**
- 40. Para avanzar en la atención sociosanitaria habrá que fomentar la investigación y la innovación, de modo que se desarrollen nuevos tratamientos de las patologías relevantes.**

Es necesario recordar la gran dimensión de todo lo que puede realizarse desde el Centro Nacional de Investigación en Envejecimiento –CNIE– dando los pasos necesarios (y también apoyo económico). Hay que subrayar que el CNIE puede utilizarse para evitar, a nivel estatal, una dispersión y una duplicidad de tareas que sería contraria a las más simples razones de economía. Además se promoverán alianzas y colaboraciones entre Universidades, Hospitales, Asociaciones, Fundaciones.

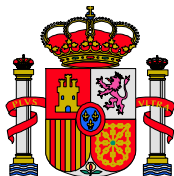
- 41. Es preciso promover el desarrollo tecnológico (tecnologías asistivas).**

El éxito del modelo sociosanitario y su sostenibilidad dependen en gran medida del grado de tecnologización que logre, por lo que las tecnologías asistivas deberán formar parte de todo el itinerario de atención. Las tecnologías se insertarán transversalmente en todos los estadios del proceso donde quede acreditado que son útiles a los fines de mejorar la atención, maximizar la autonomía personal y economizar los recursos.

- 42. Es indispensable mejorar la transparencia y la gobernanza de los sistemas sanitario y de servicios sociales.**

A tal fin es necesario establecer estructuras que faciliten la participación de todos los agentes implicados, y en especial las asociaciones representativas de pacientes, mayores y personas con discapacidad y sus familias.

- 43. Habría que regular el papel de las asociaciones, hacer recomendaciones para la cofinanciación de sus actividades cuando éstas tengan carácter asistencial y sean de atención directa, y establecer los criterios básicos**



para la acreditación de las mismas y para el desarrollo de la acción inspectora.

- 44. También, para que la participación en el ámbito sociosanitario sea más eficaz, convendría desarrollar el Modelo de “Escuelas de Pacientes y / o de cuidadores informales”, ya experimentados con éxito en algunas Comunidades Autónomas.**
- 45. A estos mismos efectos, se considera preciso impulsar la aprobación de una nueva legislación de los derechos colectivos de los pacientes y usuarios y de sus asociaciones, estableciendo un registro específico y criterios para definir su representatividad.**
- 46. Las Administraciones deberían promover, conjuntamente con los agentes del sector, la regulación del proceso y de las condiciones para obtener la debida acreditación, así como para auditar la gestión.**

Es importante que la evaluación para la acreditación sea realizada por entidades externas, autorizadas por la Administración y elegidas libremente por los proveedores de servicios.

La comunicación pública de los resultados de la acreditación dotará de más transparencia al proceso y redundará en una mejora de la calidad del servicio ofrecido.

**Madrid, 7 de marzo de 2013**

