

Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Informe SESPAS 2008

María Victoria Zunzunegui Pastor^{a,b} / Pablo Lázaro y de Mercado^a

^aTécnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud, Madrid, España; ^bUniversité de Montreal, Québec, Canadá.

(Integration and boundaries between health and social care)

Resumen

En este trabajo se examinan las posibilidades de integración de los servicios sociales y sanitarios en el contexto español. Nos referiremos a la recientemente promulgada Ley de Promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia y al Plan de Atención a la Salud Mental como ilustraciones de políticas que necesitan para su desarrollo un alto grado de integración en los niveles de financiación, organización y atención clínica. Se plantean preguntas como: ¿qué sabemos sobre la efectividad de la integración de los servicios sanitarios con los servicios sociales?, ¿quiénes deben ser objeto de integración de servicios y cuáles son las estructuras de apoyo para servicios integrados centrados en las necesidades de los usuarios?, ¿quién debe estar al mando de los servicios integrados?

Se definen las cinco leyes sobre la integración de servicios propuestas por Leutz y se revisan varias experiencias internacionales. Se concluye que estamos en un momento favorable para transformar los servicios sanitarios y sociales en la atención a la dependencia y a los problemas de salud mental hacia una mayor integración. Se recomienda un sistema de servicios integrados para personas con dependencia moderada y grave, descentralizado al nivel de zona básica de salud y servicios sociales, con un único presupuesto calculado por estimación de gasto per cápita, donde el equipo interdisciplinario y el gestor de caso (profesionales de enfermería o trabajadores sociales) tengan la responsabilidad clínica y financiera de los cuidados prestados a los usuarios.

Palabras clave: Atención sociosanitaria. Dependencia. Salud mental. Integración de servicios.

Abstract

We examine the opportunities to establish integrated services in Spain. The new law on services for disabled people approved by the Spanish Parliament in December 2006 and the Mental Health Plan of the Spanish Ministry of Health are used to illustrate policies that will require a high degree of integration among organizational, financial and clinical levels. In this context, some of the following questions arise: what do we know about the effectiveness of the integration of health and social services? Who should be the targets of integration and what are the structures needed for patient-centered services? Who should be responsible for and manage these services?

An outline of Leutz's five criteria for integration is reviewed and the results from international experiences are discussed. We conclude that Spain is at a crossroads for the integration of services for disabled people and people with mental health problems. We recommend that a system of integrated services be organized for people with moderate or severe disability. This system should be decentralized at the levels of local health and social services, with a single budget estimated on a capitation basis. Clinical and financial responsibility should be shared between the interdisciplinary team and the case manager (nursing or social work professionals).

Key words: Sociomedical care. Dependency. Mental health. Services integration.

Ideas clave

- La integración de los servicios sanitarios y sociales es la base de la implantación de los servicios previstos en la Ley de Promoción de la autonomía

personal y de atención a las personas en situación de dependencia y en el Plan de Atención a la Salud Mental.

- Un sistema de servicios integrados incluye un punto de entrada único, un gestor de caso, la evaluación geriátrica y el equipo interdisciplinario.
- La gestión y la evaluación de resultados del sistema de servicios integrados necesita un buen sistema de información que permita la imputabilidad de responsabilidades.

Correspondencia: María Victoria Zunzunegui Pastor.
Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud.
Correo electrónico: maria.victoria.zunzunegui@umontreal.ca

- Se debe evitar la duplicidad en las responsabilidades y en la prestación de servicios y los presupuestos por instituciones.
- La integración debe hacerse en los niveles políticos, de gestión y clínicos con presupuestos conjuntos definidos en función de las necesidades de la población que reside en un territorio.

Introducción

Las políticas europeas apuntan a la integración de los servicios sociales y sanitarios. En España, el artículo 14 de la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16/2003) define la prestación socio-sanitaria como «el conjunto de cuidados destinados a los enfermos generalmente crónicos que por sus especiales características y/o situación pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social». La ley estipula que las prestaciones sociosanitarias incluirán los cuidados de larga duración, la convalecencia y la rehabilitación. La continuidad de los cuidados en el ámbito social estará garantizada por la coordinación de ambos sistemas de servicios¹.

La Ley de Cohesión y Calidad plantea la coordinación entre los sistemas sanitario y social como garantía de continuidad, pero no se trata de una continuidad lineal. Lo sanitario y lo social interactúan continuamente y están íntimamente ligados, especialmente en la atención a las personas con pérdidas funcionales y a las personas afectadas por enfermedades mentales. La consecución de objetivos depende del grado de coordinación que se consiga en los niveles políticos, financieros, organizativos y clínicos.

En este trabajo se examinan las posibilidades de integración de los servicios en el contexto español. Nos referiremos a la Ley de Promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia² y al Plan de Atención a la Salud Mental³ como ilustraciones de políticas que necesitan para su desarrollo un alto grado de integración en los niveles de financiación, organización y atención clínica. Se plantean preguntas como: ¿qué sabemos sobre la efectividad de la integración de los servicios sanitarios con los servicios sociales?, ¿quiénes deben ser objeto de integración de servicios y cuáles son las estructuras de apoyo para servicios integrados centrados en las necesidades de los usuarios?, ¿quién debe estar al mando de los servicios integrados?

Las leyes de la integración en el contexto español

Según Leutz⁴, la integración de servicios es una búsqueda para conectar el sistema de servicios sanitarios con otros sistemas de servicios humanos –cuidados de larga duración, educación, vivienda– para mejorar los resultados (clínicos, efectividad y satisfacción). Los «otros servicios humanos» son los «no sanitarios», y precisamente esta distinción entre lo sanitario y «lo otro» ha estado en el centro del debate sobre el desarrollo de políticas y su aplicación.

Basándose en experiencias de Estados Unidos y el Reino Unido, Leutz⁴ propuso 5 leyes para la integración:

1. Se pueden integrar todos los servicios para algunas personas, algunos servicios para todas las personas, pero no se pueden integrar todos los servicios para todas las personas. Según este principio, es esencial definir correctamente la población que tendrá derecho a los servicios integrados utilizando criterios de inclusión y una puerta única al sistema. Se distinguen tres niveles de integración: colaboración (derivación de pacientes entre instituciones y profesionales), coordinación (acuerdos entre instituciones y existencia de profesionales de enlace) e integración (presupuesto conjunto), cuya pertinencia depende de las características de los servicios requeridos o de las de los usuarios que los requieren.

2. La integración cuesta antes de producir beneficios. Una inversión inicial es necesaria. Los medios para conseguir la integración organizativa y clínica son muy diversos: formación profesional, planificación y toma de decisiones en comisiones interinstitucionales e interdisciplinarias, sistemas de información de las historias clínicas, valoración interdisciplinaria, trabajo interdisciplinario mediante protocolos (p. ej., caídas, incontinencia urinaria, demencia, crisis en enfermos mentales), el establecimiento de un plan de cuidados individual, la provisión de servicios, el seguimiento y la retroalimentación. La suficiencia de estos medios depende en gran medida de los recursos que se dediquen a ellos.

3. La integración de los servicios implica la fragmentación de los profesionales. La integración requiere que los profesionales adquieran conocimientos y se abran a otras profesiones y prácticas clínicas lo que conlleva cierta fragmentación profesional. Según Leutz, los médicos de atención primaria sienten con fuerza la presión de los programas de servicios integrados puesto que ellos ya están sobrecargados con la presión asistencial de todo tipo de pacientes. No se puede esperar de ellos un compromiso especial con un programa para un subgrupo de sus pacientes.

4. No se puede integrar un clavo con bordes cuadrados en un agujero redondo. Los servicios sanitarios con su vocación curativa de diagnóstico y tratamiento a corto plazo chocan con los servicios sociales de evaluación y prevención del deterioro funcional. Los conflictos entre ambos sistemas están anclados en la historia de su desarrollo y se concretan en barreras a la cooperación. Para la situación actual en España, se identifican tres causas del conflicto:

– Los derechos de la ciudadanía. El desarrollo del sistema sanitario ha sido sostenido y el derecho universal a la salud reconocido en la Constitución y en la Ley General de Sanidad de 1986. El desarrollo de los servicios sociales ha sido más lento y los beneficios reconocidos a los ciudadanos se han basado en la capacidad de pagar de los usuarios. La actual Ley de Dependencia elimina formalmente esta barrera reconociendo un derecho universal.

– La sociedad. Mientras que la profesión médica y la de enfermería son respetadas, el trabajo social levanta pocas simpatías, quizá reflejando que los trabajadores sociales se dedican a temas socialmente difíciles, como la adicción a sustancias, la violencia doméstica y la falta de vivienda o de empleo.

– La responsabilidad profesional. Los médicos utilizan avances tecnológicos para mejorar la salud de la población y la responsabilidad clínica de sus resultados profesionales está reconocida; los trabajadores sociales tienen una responsabilidad profesional poco definida.

Para que la integración sea efectiva, se deben desmontar estas barreras mediante presupuestos comunes, definición de objetivos orientados al paciente, trabajo interdisciplinario y definición de responsabilidades profesionales.

5. El que integra manda. Leutz no enunciaba la regla como «el que paga manda», porque la integración de servicios ha sido un asunto de profesionales y gestores de servicios con poca participación de los pagadores: políticos o usuarios. Observamos que, en España, los pacientes han dejado la integración en manos de los gestores y profesionales. Los políticos, con frecuencia centrados en las transferencias de competencias y financiación a las comunidades autónomas han prestado poca atención a la integración como instrumento para mejorar la efectividad y la eficiencia. La Ley de Dependencia y los avances en el Plan de Salud Mental ofrecen oportunidades para mejorar los resultados evitando que los nuevos presupuestos se dirijan a «hacer más de lo mismo».

En la última década, se han publicado experiencias internacionales de integración. Resumiremos algunas de ellas.

Integración de servicios para personas mayores

Las personas mayores pueden necesitar múltiples cuidados médicos y beneficiarse de intervenciones de nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeros y otros profesionales de la salud con experiencia en el manejo de procesos crónicos y en la prevención de discapacidades^{5,6}.

Afortunadamente, la mayoría de estos servicios se presta en la comunidad. Los servicios comunitarios reducen los días de hospitalización, y en los países que disponen de un sistema público de servicios sanitarios y sociales los cuidados comunitarios pueden ahorrar costes a los gobiernos⁷. Hollander y Payan⁸ afirman que establecer una red de cuidados comunitarios de forma eficaz y eficiente requiere modificar todo el sistema de cuidados y no sólo establecer nuevos servicios en la comunidad.

Las experiencias internacionales de integración de servicios establecen un único punto de entrada al sistema de cuidados para una población mayor definida sobre una base territorial. En este punto de entrada se realiza una evaluación multidisciplinaria del estado de salud, de la capacidad funcional y de los recursos sociales de cada persona mayor con discapacidad. Se propone un plan de cuidados cuyo responsable es un gestor de caso, quien asigna los recursos, garantiza la continuidad de los servicios comunitarios y gestiona la entrada en una residencia cuando es necesaria⁷. Además, el equipo interdisciplinario asume la responsabilidad financiera y clínica de las personas mayores con dependencia. Los geriatras, como especialistas, están implicados como apoyo en los casos complejos. La responsabilidad se extiende a todos los servicios sociales y de salud.

Entre las experiencias internacionales dedicaremos una atención especial a las canadienses, con quienes compartimos un Estado descentralizado en provincias (Canadá) o comunidades autónomas (España) y un sistema de servicios de cobertura universal, y a las experiencias en Italia por nuestra proximidad cultural.

Las experiencias canadienses

Canadá todavía no tiene Ley de Dependencia. El sistema de salud y servicios sociales canadiense no existe como tal, y en su lugar operan 10 sistemas distintos, tantos como provincias canadienses, compartiendo principios de universalidad y equidad. Se dispone de servicios pero su provisión está fragmentada, lo que da lugar a un uso poco eficiente y a una dilución de responsabilidades^{9,10}. Se acepta que: a) se necesitan sistemas de cuidados integrados ya que los sistemas fragmentados no producen cuidados de calidad y no son

coste-efectivos; b) los servicios de salud a domicilio son esenciales para mantener a las personas fuera de los hospitales y las residencias; c) los cuidados a domicilio son coste-efectivos y aumentan la eficiencia y la efectividad de todo el sistema de salud, y d) se pueden organizar los servicios para personas con necesidades continuas, de forma que mejore la calidad de los servicios reduciendo costes.

La experiencia de Sistemas Integrados para Personas Mayores

En Montreal, un grupo de investigadores, gestores y clínicos concibió un modelo de atención integrada para personas mayores y diseñó un experimento para evaluar los efectos de este modelo sobre la utilización de servicios y los costes.

El modelo SIPA (Sistemas Integrados para Personas Mayores) está basado en la atención primaria, la definición territorial de una población, un equipo interdisciplinario, la gestión de caso con responsabilidad financiera y clínica, y la capacidad de movilizar los recursos requeridos para llevar a cabo protocolos acordados por las partes implicadas¹¹. La demostración se realizó en dos centros locales de servicios comunitarios (CLSC) de Montreal. Se reclutaron 1.230 personas mayores en situaciones de dependencia moderada y grave que fueron asignadas aleatoriamente al programa SIPA o a los cuidados habituales. Las actividades de puesta en marcha para la implantación del modelo se presentan en la tabla 1.

Los cuidados institucionales del SIPA incluyeron: urgencias, hospitalizaciones, residencias, hospital de día, rehabilitación hospitalaria, cuidados paliativos y transporte en ambulancia. Los cuidados en la comunidad comprendieron: cuidados domiciliarios (medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, nutriciónis-

ta, servicio doméstico, trabajo social, atención psico-social), centros de día, ayudas técnicas y viviendas tuteladas.

El reclutamiento se hizo principalmente a través del programa a domicilio del CLSC. Cada sitio de intervención (CLSC) atendía alrededor de 300 pacientes y contaba con 4 gestores de caso (personal de enfermería o trabajador social) y dos enfermeras a tiempo completo. Otros profesionales estaban disponibles a tiempo parcial (trabajador social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, médico, farmacéutico, educador). Se contaba con 15 auxiliares¹¹.

El SIPA tiene la responsabilidad clínica de sus pacientes, estén donde estén (domicilio, centro de día, hospital o residencia). El seguimiento médico es responsabilidad del SIPA. Esta responsabilidad está asegurada por el gestor de caso y el Plan Individual de Atención (PIA). Los protocolos entre establecimientos afirman el derecho del gestor de caso de tomar decisiones que anteriormente eran competencia exclusiva de estos establecimientos¹¹. Los gestores de caso aseguran la gestión administrativa (seguimiento del trabajo del equipo) y la gestión clínica (plan de servicios y su cumplimiento con los cambios necesarios según la situación clínica del paciente). Se han creado herramientas para el manejo de los síndromes geriátricos (demencia, caídas, incontinencia, depresión, polimedicación) y una guía para evaluar el seguimiento del PIA, un instrumento para filtrar las llamadas al servicio de guardia de 24 h, y una lista de costes de los servicios más frecuentes. Las personas mayores y las familias participan en las decisiones.

El SIPA aumentó la accesibilidad a los servicios a domicilio y redujo en un 50% las estancias hospitalarias¹². No se observaron diferencias significativas en el uso de urgencias, hospitalizaciones o estancias en residencias, pero se redujeron los costes de estos servicios: 5.000 dólares (canadienses) en hospitalizaciones por personas con dependencia y 14.000 dólares en cada caso de institucionalización en personas que vivían solas. Aumenta la utilización de los servicios comunitarios de forma que no se observaron diferencias en costes totales (fig. 1). La satisfacción de los cuidadores de las personas mayores fue mayor en el grupo SIPA.

El programa SIPA ha afrontado muchos retos: la escasez de recursos humanos, y en especial profesionales (enfermería, trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional, expertos en nutrición), para garantizar la calidad de la atención, la formación de equipos interdisciplinarios capaces de seguir los protocolos clínicos de atención, los convenios entre instituciones, la integración de los médicos de familia en el programa de servicios integrados, la garantía de calidad y mantener un aceptable *ratio* de coste-efectividad de las intervenciones.

La experiencia de Québec no es directamente extrapolable a España. Tenemos menor desarrollo institucional y menor experiencia en el trabajo interdisci-

Tabla 1. Preparación de la implantación del SIPA¹¹

Planificación de recursos: humanos, financieros, equipamiento
Sistema de información
Reclutamiento de personal clínico y administrativo
Reclutamiento de personas mayores en situación de dependencia moderada y grave
Elaboración de protocolos de intervención interdisciplinaria
Formación del personal en el modelo SIPA
Sistema de garantía de calidad
Protocolos para el seguimiento clínico y administrativo
Constitución de un comité regional
Grupos de trabajo para temas concretos (viviendas tuteladas...)
Acuerdos interinstitucionales (hospitales, residencias asociados al SIPA...)
Puesta en marcha de mecanismos de acción rápida (24 h/7 días)
Identificación de médicos de familia y acuerdos formales de colaboración

SIPA: Sistemas Integrados para Personas Mayores.

plinario, pero debemos resaltar la oportunidad ofrecida por la Ley de Dependencia y el papel central de la familia en España. En Québec, más del 40% de los mayores admitidos en el programa SIPA, todos ellos con grados moderados o graves de dependencia y deterioro cognitivo, vivían solos. Sin embargo, en España, el apoyo familiar todavía es muy importante.

El éxito de los cuidados comunitarios depende de las normas sociales sobre el cuidado de las personas mayores. En los países mediterráneos, la familia es el centro de la vida social en la vejez, relativamente pocas personas mayores viven solas, tradicionalmente las familias se han responsabilizado del cuidado de las personas mayores y los mayores pasan a vivir con los hijos u otros familiares cuando aumenta la dependencia. Terminaremos esta sección con las experiencias italianas que, aunque menos ambiciosas que las canadienses, tienen aspectos culturales próximos a los españoles.

Las experiencias italianas

Las intervenciones citadas a continuación utilizan un punto de entrada único, gestor de caso, evaluación geriátrica y equipo interdisciplinario. Los pacientes continuaban recibiendo la atención de sus médicos de atención primaria, quienes eran invitados a formar parte del equipo interdisciplinario. En Rovereto, se asignaron aleatoriamente 200 personas al grupo de intervención (servicios integrados) y 200 al grupo control (cuidados habituales)¹³. Se compararon los resultados de salud, utilización de servicios y costes después de un año. Las personas que recibían cuidados integrados tardaban más en ser hospitalizadas e institucionalizadas, lo hacían con menor frecuencia y tenían mejor salud al final del estudio que las personas en el grupo control. Este programa era capaz de ahorrar dinero, es decir, no sólo era coste-efectivo sino que también permitía el ahorro

por año y paciente, lo que en economía de la salud se llama estrategia dominante (aumenta la efectividad y disminuye los costes).

En otra intervención italiana, con diseño casi experimental, se observaron mejorías en varias medidas del estado funcional. Cuando se compararon los 6 meses antes y después de la intervención, se observaron reducciones significativas en el número de hospitalizaciones y en los días de hospitalización. Todo ello produjo un ahorro considerable por paciente y año con mayor satisfacción de las personas mayores¹⁴.

Los estudios italianos han demostrado un ahorro que los estudios realizados en Norteamérica o en el Reino Unido no fueron capaces de producir. Nuestra hipótesis para explicar esta diferencia es que en Italia, como en España, la familia presta más del 90% de los cuidados que reciben las personas mayores con discapacidades y esto ocurre sin formación específica en estos cuidados y con escasa coordinación con los servicios sanitarios y sociales. Estos cuidados familiares son más reducidos en Norteamérica o en el Reino Unido, donde algunas investigaciones estiman que sólo entre el 50 y el 70% de los cuidados recibidos por las personas mayores con discapacidades que residen en la comunidad proviene de la familia. En la cultura mediterránea, el apoyo familiar puede ser la causa del éxito de los sistemas de cuidados integrados. Esta hipótesis podría ponerse a prueba en nuestro país.

Integración de servicios para las personas con problemas de salud mental

Según la Ley General de Sanidad, «Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para la adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria

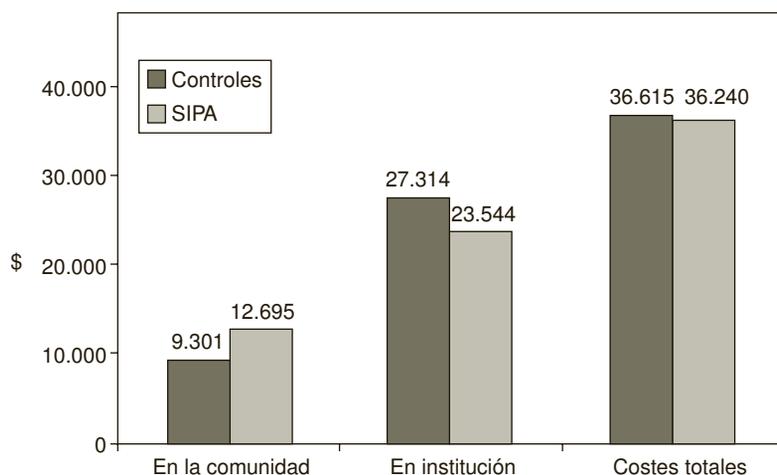


Figura 1. Coste medio por persona atendida en el programa Sistemas Integrados para Personas Mayores (SIPA) durante 22 meses: totales, en servicios comunitarios y en servicios institucionales (en dólares canadienses).

coordinación con los servicios sociales». En España se ha producido una progresiva integración de los servicios de salud mental en el Sistema Nacional de Salud, principalmente mediante la coordinación con los centros de atención primaria. La coordinación con los servicios sociales es más lenta y difícil. La aprobación de la Ley de Dependencia abre nuevas oportunidades para la integración de los servicios de salud mental, la atención primaria de salud y los servicios sociales en el ámbito local, centrándose en las necesidades del paciente y su familia. Para aprovechar este momento favorable, se debe aplicar lo aprendido de las experiencias llevadas a cabo en países con sistemas de servicios similares al nuestro y de sus resultados.

Las experiencias sobre la atención a la salud mental en la comunidad

Los hospitales psiquiátricos han sido remplazados por unidades de psiquiatría en hospitales generales, cuyas clínicas ambulatorias actúan como unidades de evaluación y seguimiento apoyando a los centros de salud mental. Estas unidades colaboran, en mayor o menor medida, con la atención primaria y los servicios sociales. Después de un período de debate sobre los resultados de la «desinstitucionalización» de los enfermos mentales, ahora contamos con resultados de estudios longitudinales que demuestran que pese a la insuficiencia de los servicios comunitarios, los pacientes que salieron de los hospitales psiquiátricos, incluso los que presentaban problemas muy complejos, consiguen aumentar sus relaciones sociales, adquirir habilidades para la vida independiente, mejorar la calidad de vida, y no requieren readmisión¹⁵.

Los cuidados comunitarios en Reino Unido han seguido el Care Program Approach, que tiene el objetivo de asegurar la continuidad de los cuidados para las enfermedades mentales. Los pacientes admisibles son asignados a un responsable de coordinar sus cuidados, quien hace los arreglos necesarios para que el paciente tenga un seguimiento con los profesionales del equipo, incluido el psiquiatra. Además, se han desarrollado servicios para situaciones concretas. Entre ellos, los servicios de intervención precoz y de resolución de crisis y el tratamiento asertivo comunitario, un enfoque de equipo para proveer tratamiento psiquiátrico basado en la comunidad con rehabilitación y apoyo para personas con enfermedades mentales serias y persistentes, como la esquizofrenia.

Una revisión sistemática de la colaboración Cochrane sobre la efectividad de estas formas de organización de servicios demuestra una reducción de las hospitalizaciones y estancias hospitalarias, así como un aumento en la continuidad de los cuidados y la satis-

facción de los usuarios¹⁶. El grado de efectividad depende del contexto: el tratamiento asertivo comunitario no parece mejorar los cuidados habituales del equipo de salud mental en Reino Unido, aun cuando su efectividad está demostrada en Estados Unidos y Australia. La discrepancia parece deberse a las diferencias de organización. En Reino Unido, los equipos de salud mental comunitaria han alcanzado un alto grado de integración de los servicios sociales y sanitarios. Por ello, la ventaja proporcionada por el tratamiento asertivo comunitario es pequeña¹⁷. En Dinamarca, los servicios integrados para el primer episodio de enfermedad psicótica son superiores al manejo habitual¹⁸. En el tratamiento de la enfermedad dual, la efectividad de la integración, utilizando el tratamiento asertivo comunitario o el manejo clínico habitual, es superior al cuidado convencional sin integración¹⁹.

Las experiencias anteriores provienen de países anglosajones, donde la mayoría de los enfermos mentales graves viven solos o en viviendas tuteladas. En España la mayor parte de los enfermos mentales graves viven con su familia. Recurrimos a Italia para comprender nuestra realidad. En un estudio que comparaba la calidad de vida de enfermos con esquizofrenia en Bolonia (Italia) e Boulder (Estados Unidos), el 73% de los pacientes italianos vivía con sus familias, comparado con el 17% en Boulder. Los pacientes italianos tenían una probabilidad mayor de tener pareja, contactos con la familia, trabajo y estabilidad residencial²⁰. Probablemente, nuestra situación sea similar a la de Italia.

Conclusión y recomendaciones

La integración de los servicios sanitarios y sociales es ya una realidad en los países desarrollados. Varias experiencias llevadas a cabo en Europa, Canadá, Estados Unidos y Australia demuestran cómo obtener los mejores resultados en esta integración. Una buena definición de la población beneficiaria, la integración en los niveles políticos, de gestión y clínicos, los presupuestos conjuntos, los equipos multidisciplinarios y protocolos consensuados para conseguir objetivos comunes centrados en los pacientes son elementos comunes a los modelos revisados. En los países mediterráneos se debe incorporar especialmente a la familia como principal fuente de cuidados y estabilidad.

Recomendamos un sistema de servicios integrados para personas con dependencia moderada y grave, descentralizado al nivel de zona básica de salud y servicios sociales, con un único presupuesto calculado por estimación de gasto per cápita, donde el equipo interdisciplinario y el gestor de caso (profesionales de enfermería o trabajadores sociales) tengan la responsa-

bilidad clínica y financiera de los cuidados prestados a los usuarios. Nuestras recomendaciones coinciden con las de Jiménez Lara en su excelente documento sobre las contribuciones que el sector de la salud debe prestar a la promoción de la autonomía personal y la atención de las situaciones de dependencia, y sobre la necesaria integración de los servicios sanitarios y sociales²¹.

Estamos en momentos cruciales. En Andalucía se ha puesto en marcha el sistema DIRAYA, un sistema de información que sustenta la integración de los servicios sanitarios (atención primaria, especializada y visitas a urgencias) y prescripciones de medicamentos, donde cada ciudadano tiene un registro único de salud electrónico²². Sería posible extender este sistema para incluir los servicios sociales de prevención y atención a la dependencia. Galicia ha propuesto un sistema integrado de atención a las personas con dependencias²³. Navarra ha creado una Agencia Navarra para la Dependencia que depende de Servicios Sociales, pero está separada de la atención sanitaria²⁴. En Cataluña hay varias experiencias de integración que necesitan un apoyo político y financiero para su continuidad. Muchos profesionales trabajan para conseguir una atención eficaz y eficiente para las personas con dependencia, pero el futuro es incierto porque su implementación y evaluación requieren el compromiso político de las comunidades autónomas y los municipios.

Bibliografía

1. BOE. Ley de Cohesión y Calidad. Boletín Oficial del Estado 128 de 29/05/2003. Sección 1. Pág. 20567-88.
2. BOE. Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado 299 de 15/12/2006. Sección 1. Pág. 44142-56.
3. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
4. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*. 1999;77:77-110.
5. Rodríguez R, Zunzunegui MV, Bergman H, Béland F. Servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Québec: La experiencia SIPA. *Aten Primaria*. 1998;21:405-12.
6. Corral J. Provisión de asistencia social y sanitaria integrada a las personas mayores en situación de dependencia: una solución a los problemas de continuidad. *Rev Geriatr Gerontol*. 2006;41:4-6.
7. Johri M, Béland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18:222-35.
8. Hollander MJ, Pallan P. The British Columbia Continuing Care system: service delivery and resource planning. *Aging (Milano)*. 1995;7:94-109.
9. Chappell NL, Dilit BH, Hollander MJ, Miller JA, McWilliam C. Comparative costs of home care and residential care. *Gerontologist*. 2004;44:389-400.
10. Tourigny A, Druand P, Bonin L, Hébert R, Rochette L. Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly. *Can J Aging*. 2004;23:231-46.
11. Béland F, Bergman H, Lebel P, Dallaire L, Fletcher J, Contandriopoulos AP, et al. Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. *Can J Aging*. 2006;25:5-42.
12. Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61:367-73.
13. Bernabei R, Landi F, Gambessi G, Sgaderi A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of a model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*. 1998;316:1348-51.
14. Landi F, Gambassi G, Pola R, Tabaccanti S, Cavinato T, Carbonin PU, et al. Impact of integrated home care services on hospital use. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:1430-4.
15. Trieman N, Leff J. Long term outcomes of long stay psychiatric inpatients considered unsuitable to live in the community. The TAPS project 44. *Br J Psychiatry*. 2002;181:428-32.
16. Marshall M, Lockwood A. Early intervention in psychosis. *Cochrane data Base System Rev*. 2006;4:CD004718.
17. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan P, Pilling S, et al. The React Study: randomised evaluation of assertive community treatment in North London. *BMJ*. 2006;332:815-20.
18. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Ohlenschlaeger J, Ostergaard T, et al. A randomized multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ*. 2005;331:602.
19. Essock SM, Mueser KT, Drake RE, Novell NH, McHugo GJ, Firsman LK, et al. Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatr Serv*. 2006;57:185-96.
20. Warner R, De Girolamo G, Bellelli G, Bologna C, Fioritti A, Rosini G. The Quality of life of people with schizophrenia in Boulder Colorado & Bologna, Italy. *Schizophr Bull*. 1998;24:559-68.
21. Jiménez Lara A. Contribuciones desde el sector de la salud a la promoción de la autonomía personal y la atención a las situaciones de dependencia. Documento de trabajo 111/2007 [citado 12 Jul 2007]. Disponible en: www.falternativas.org
22. Protti D. Moving toward a single comprehensive electronic health record for every citizen in Andalucía. *Health Care Quarterly*. 2007;10:114-23.
23. La atención integral a la dependencia en Galicia. Actuación integrada. Test Integral para la Vida Autónoma (ACTIVA). Disponible en: www.asemgalicia.com
24. Agencia Navarra para la Dependencia. Pamplona: Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte. Gobierno de Navarra; 2007.