

## **CONTINUIDAD DE CUIDADOS, COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Y GESTIÓN DE CASOS: Conceptos clave para una correcta atención a personas en situación de dependencia.**

Pilar Rodríguez Rodríguez

### **1. La continuidad de cuidados y la coordinación sociosanitaria.**

Un objetivo clave a la hora de determinar la adecuada atención a las personas en situación de dependencia es el de que el programa y las prestaciones establecidas les permita permanecer en el entorno el mayor tiempo posible. La OCDE, ampliando su lema “envejecer en casa”, ha expresado este objetivo de la manera siguiente:

*“Desarrollar políticas que permitan a las personas, incluidas las que necesitan cuidados de larga duración, continuar viviendo en sus casas y, en caso de no ser posible, residir en un ámbito que les ofrezca seguridad, protección y cuidados, pero que también se ubique en su entorno habitual tanto en el aspecto social, como en el geográfico”.*

Aunque el contexto de la cita anterior se refiere a las personas mayores, no cabe duda que la propuesta resulta igualmente válida para las personas con dependencias de cualquier edad. Recuérdese a este respecto que fue desde el ámbito de la discapacidad donde se estableció de manera pionera la exigencia de diseñar apoyos normalizados y ubicados en contextos comunes al conjunto de la ciudadanía, de modo que pudiera hacerse posible el modelo de vida independiente y la mayor participación e integración sociales.

Pero, para prestar de manera adecuada la atención permanente y de larga duración que requieren quienes tienen importantes niveles de dependencia, existe un concepto que es crucial para definir el modo de organizar los diferentes servicios y la metodología de la intervención y por eso hay que incluirlo como uno de los principios fundamentales a tener en cuenta en las intervenciones. Se trata de la denominada “continuidad de cuidados”, con cuyo desarrollo quieren conjurarse los efectos nocivos que una inadecuada disposición de recursos puede originar tanto a la persona que precisa la atención como a la familia que se la presta. Lo habitual para la mayoría de la población ha sido (y continúa siendo) que la persona que tiene una situación de dependencia sea atendida por su familia (de manera fundamental, por una mujer), a la que se presta poco o ningún apoyo por parte del sistema formal de atención, salvo momentos de crisis agudas, que son atendidos por el sistema sanitario. El carácter sumamente restrictivo de los servicios sociales conduce a que las personas afectadas y sus familias, sobre todo las de clase media y alta, intenten resolver por sus propios medios el apoyo que precisan y ni siquiera se planteen acudir, al menos en demanda de información, a los servicios sociales.

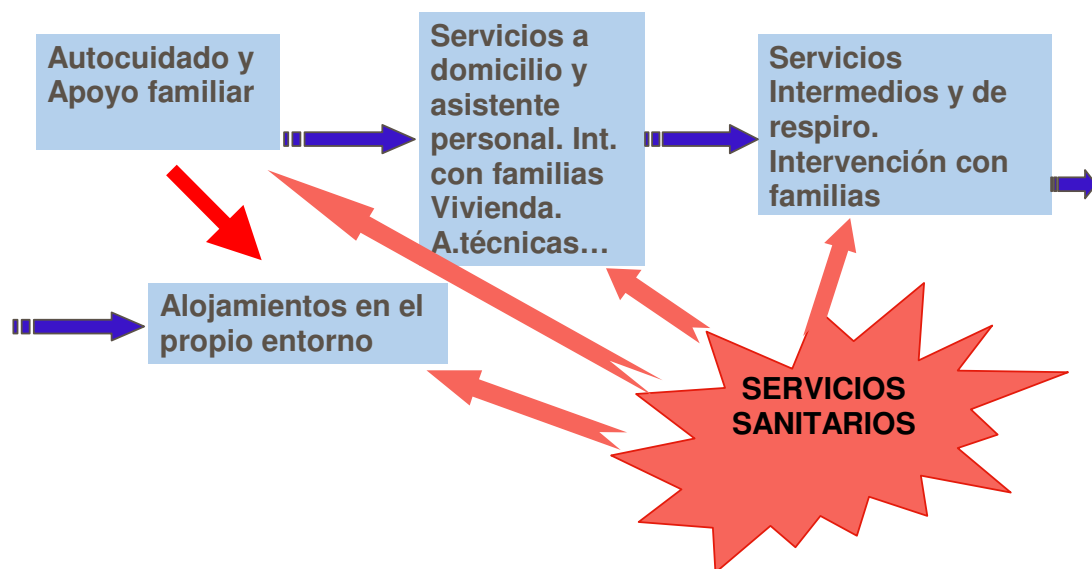
Cuando se produce la claudicación familiar, a menudo por agotamiento y coincidiendo con una situación de crisis o agravamiento de la dependencia, suele adoptarse, en ausencia de suficientes servicios comunitarios que sean accesibles, la decisión que menos se prefiere por las familias y las personas afectadas, pero que es la que se percibe como única capaz de resolver el problema: recurrir a la institución.

Por el contrario, la disponibilidad de una diversidad de recursos sociales de proximidad que sean accesibles a cuantos los precisan y que estén diseñados con capacidad de adaptación a las peculiaridades y necesidades de cada persona, familia y contexto, que casi siempre son cambiantes en el tiempo, haría posible prestar la atención integral (muchas veces, social y sanitaria) que necesitan las personas en situación de dependencia y ofrecer soporte y apoyo a sus familias cuidadoras sin necesidad de someterse al desarraigo que puede provocar una institución ubicada muchas veces fuera de su entorno habitual.

A continuación se propone una definición del concepto mencionado, así como su representación gráfica:

*La continuidad de cuidados consiste en el derecho que tienen las personas en situación de dependencia a recibir atención formal e informal adecuada. Para ello, ha de organizarse y disponerse un conjunto diversificado de servicios de proximidad -sociales y sanitarios- que puedan ser utilizados consecutiva o simultáneamente y que puedan combinarse con flexibilidad y eficacia para adaptarse a la concreta situación de dependencia y a la evolución que experimente a lo largo del tiempo.*

### CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA



Como es bien conocido, muchas personas en situación de dependencia precisan, de manera simultánea y conjunta, atención sanitaria y social. Y, como también se ha mencionado, ocurre en muchas ocasiones que el sistema sanitario no está respondiendo de manera adecuada a quienes presentan una situación clara de necesidad permanente de cuidados, como son las personas en situación de dependencia. Para evitar situaciones en las que se producen claras deficiencias e insuficiencias de atención sanitaria, los propios servicios sociales

han asumido a sus expensas la contratación de profesionales sanitarios (médicos, de enfermería y, a veces, también farmacéuticos) para cuidar y asistir a las personas que residen en residencias u otro tipo de alojamientos. Los servicios sociales también atienden y cuidan mediante los SAD a las personas con dependencias que viven en sus domicilios, pero sin que se produzca, salvo excepciones, la participación ni la supervisión que correspondería de profesionales del sistema sanitario. Éste, por su parte, mantiene sus propios programas tradicionales de atención domiciliaria y otros más novedosos y singulares (ESAD, PADES), pero ninguno de ellos se ha concebido para desarrollarse de manera complementaria y coordinada con los SAD de los servicios sociales.

Sin embargo, tanto por parte de la doctrina como por la mayor parte de los países de nuestro entorno, incluso en los que más han avanzado en esta línea, como puede ser Dinamarca u Holanda, se ha venido identificando este problema de la falta de coordinación y/o integración entre la atención social y la sanitaria como uno de los puntos candentes a resolver si realmente se quiere ofrecer una atención integral adecuada a las personas que se encuentran en situación de dependencia. Como se ha constatado en las evaluaciones efectuadas, aunque en muchos países se ha avanzado en el desarrollo de este concepto y, por consiguiente, también en el desarrollo de la interdisciplinariedad, la división social y sanitaria refleja todavía dos culturas que conforman realidades diferentes tanto desde el punto de vista de las estructuras organizativas, de las políticas, del avance y gestión del conocimiento, de la praxis profesional y de los lenguajes utilizados.

Tal es la importancia que en el entorno de la U.E. se concede a este asunto, que se están desarrollando importantes iniciativas en esta área. Una de ellas es el impulso del proyecto PROCARE, que se realiza en nueve países (Austria, Alemania, Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, Francia, Grecia, Italia y Reino Unido) en el contexto del Quinto Programa Marco de la UE, “Calidad de vida y gestión de los recursos vitales: el envejecimiento de la población y las discapacidades”.

En España algo se avanzó desde el marco del Estado durante los primeros años noventa en el ámbito de la coordinación sociosanitaria, sobre todo mediante el Acuerdo Marco que suscribieron en 1993 las titulares de los Ministerios de Sanidad y de Asuntos Sociales y las experiencias piloto que siguieron al mismo. En el ámbito de la C.A. de Cataluña ha venido funcionando desde 1986 el Programa “Vida als anys”, que, aunque con importante sesgo sanitario, ha sido referente para propuestas en otros ámbitos autonómicos. Sin embargo, esta experiencia ha desaparecido sin que parezca que la misma haya tenido capacidad de convertirse en modelo de atención integral a las personas en situación de dependencia. Con posterioridad se han venido produciendo infinidad de propuestas de la comunidad científica para apoyar este enfoque y también se han ido desarrollado algunas iniciativas políticas que no han llegado a cuajar en la práctica cotidiana de la intervención, salvo experiencias aisladas. Pero lo que sí es cierto es que existe un consenso generalizado entre los profesionales, tanto del ámbito sanitario como de los servicios sociales, acerca de la necesidad de definir e impulsar decididamente un modelo de atención integral a las personas en situación de dependencia, que para serlo ha de ser forzosamente sociosanitario, lo que no debe suponer en absoluto la creación de una red específica como por algún sector se defendió hace un tiempo. Por el

contrario, la propuesta consiste en garantizar la continuidad de los cuidados mediante el trabajo en red de los dispositivos tanto del SNS como de los servicios sociales, estableciéndose vías estables para el trabajo interdisciplinar desde ambos sistemas públicos.

Por todo lo anterior, en el gráfico se incluye la necesaria involucración sistemática y organizada del sistema sanitario en los diferentes niveles asistenciales de los servicios sociales (puede hacerse desarrollando el art. 14 de la Ley de Cohesión y Calidad). Teniendo en cuenta la importancia central que se atribuye a esta cuestión, se propone que la misma no quede relegada ni en el momento de tomar decisiones sobre el ámbito protector del nuevo Sistema de Atención a la Dependencia y, mucho menos, a la hora de plantear el desarrollo organizativo y competencial de los recursos destinados a atender a las personas que requieren cuidados de larga duración, porque hacerlo así sería comenzar con una seria insuficiencia del modelo (recuérdese la experiencia francesa), pues los servicios sociales, por sí mismos, no pueden atender de manera integral a muchas personas en situación de dependencia, salvo que se asuman funciones que no son, en absoluto, propias de la atención social.

Se estima, por tanto, que además de la Ley de Dependencia y del necesario y urgente desarrollo de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, debe elaborarse un plan de atención integral a la dependencia, en el que se establezcan las medidas complementarias a los servicios sociales que deben ser tomadas en consideración por otros sistemas de nuestra protección social, como es, en cuanto se acaba de mencionar, la atención sanitaria, así como los sistemas y procedimientos estables de coordinación, los instrumentos y protocolos a utilizar, etc., etc.

## **2. La metodología de gestión de casos.**

Para que sea posible que la continuidad de cuidados se produzca de manera adecuada, sin interrupciones, con la utilización más eficiente y eficaz de los programas y servicios disponibles y contando con la participación de la persona afectada y de su cuidador/a familiar, es necesario introducir importantes cambios en los modelos de intervención social y sanitaria.

Entre ellos, se propone incluir la metodología de gestión de casos, de amplia tradición en los Países Nórdicos, Estados Unidos, Canadá, Holanda y Reino Unido, y que también se fueron introduciendo con posterioridad en otros países europeos, como Austria, Alemania, Francia o Italia con resultados de evaluación que han refrendado de manera palpable la utilidad de esta metodología para la intervención en este ámbito.

Como es bien sabido, la gestión de casos, caracterizada por una clara orientación a la persona afectada y su familia, aspira a hacer coincidir la oferta y la demanda en situaciones de complejidad de la atención tal como se produce en muchas ocasiones en la dependencia. Implica que existe una figura profesional, que puede ser dependiente de los servicios sociales o sanitarios (según los países es un/a enfermero/a -situación más frecuente- o un/a trabajador/a social), que es la encargada de “acompañar” a la persona y a su familia, desde el momento mismo de la evaluación y la elaboración del plan de cuidados y a lo largo de todo su proceso de dependencia, buscando y gestionando en cada momento los servicios y programas que resulten más adecuados al momento de su evolución y haciendo la evaluación permanente de los resultados obtenidos.

En nuestra realidad se están produciendo algunas iniciativas en este ámbito (el “profesional de referencia” que contempla la Ley madrileña de servicios sociales, por ejemplo), que indican que esta figura está comenzando a ser tenida en cuenta. El desarrollo de esta metodología en España implicaría determinar, como primeras medidas, cuáles son los objetivos y el perfil profesional más adecuado a nuestro contexto (titulación adecuada y formación adicional requerida), definir sus cometidos y competencias (capacidad de decisión sobre los recursos existentes, enfoque comunitario de las intervenciones...) y, naturalmente, ampliar las dotaciones del capítulo de personal.

A título indicativo, baste señalar que en el Reino Unido existe un profesional por cada 5/8.000 habitantes y en Dinamarca hay, como media, 4 ó 5 profesionales por cada 10.000 personas mayores de 65 años. En una estimación realizada con motivo del Proyecto canadiense SIPE que fue implantado en dos zonas de Montreal, se estimó que el número de casos a gestionar por cada profesional dedicado a la gestión de casos, debería ser, como máximo, de 40 (en principio se habían previsto 60), para poder desarrollar esta tarea con efectividad. Por otra parte, entre los resultados de la evaluación de este proyecto, de gestión de casos, se destacan los siguientes:

- Las personas en situación de dependencia y sus familias incrementaron su nivel de satisfacción en cuanto a su calidad de vida y la percepción de la calidad de la atención.
- Se redujo la utilización de los servicios de urgencias, de estancias hospitalarias y de ingresos en residencias.
- La figura del gestor de casos se reveló como muy adecuada para coordinar y movilizar los recursos más adecuados en cada momento, tanto de los servicios sociales como sanitarios.

Resultados igualmente óptimos han tenido otras experiencias, como la del programa PACE, desarrollado en Estados Unidos, además de otras muchas que funcionan en Europa.