

Experiencias de coordinación sociosanitaria

Fernando Fantova
Consultor social
www.fantova.net

(incluido en CASADO, D. (dir.) (2008): *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona, Hacer, pp. 107-116).

No nos detendremos en este breve texto¹ en nuestra *visión* acerca de la coordinación sociosanitaria, que puede encontrarse en la ponencia introductoria de este cuaderno y, en todo caso, en diferentes documentos de la página web mencionada arriba o en la bibliografía que aparece al final. Intentaremos, más bien, referirnos a algunos tipos de *experiencias* que, a nuestro juicio, están permitiendo avanzar, como buenas prácticas, en lo que tiene que ver con la coordinación sociosanitaria (y también con la coordinación interna en cada una de las dos ramas de actividad concernidas). Las clasificaremos en tres grupos, según se sitúen más bien en el nivel de:

1. La legislación, planificación *macro* o el diseño institucional.
2. La estructuración y la gestión organizacional.
3. Las actividades operativas o de proximidad.

1.

En este apartado queremos, en primer lugar, subrayar la importancia de la legislación, desarrollo, planificación y, en general, el diseño de medidas e instituciones en los diferentes ámbitos de la política social (refiriéndonos fundamentalmente a las políticas públicas). Al respecto nos parecen más acertados y fértiles aquellos planteamientos de las políticas que diferencian y

¹ Este trabajo se extrae de la presentación titulada "Visión y experiencias desde los servicios sociales" dentro de la mesa redonda sobre "La coordinación sociosanitaria: debate y opciones aplicadas" en las VI Jornadas del Seminario de Información y Políticas Sociales, realizadas en Madrid en octubre de 2007.

estructuran de forma clara y pertinente las distintas ramas de la acción pro bienestar: sanidad, servicios sociales, educación, empleo, vivienda, garantía de ingresos...

Particularmente consideramos que favorecen la coordinación sociosanitaria aquellas normas y planes que reconocen y promueven para los servicios sociales una configuración como servicios para *algunas* necesidades y aspiraciones de *todas* las personas (y no para *todas* o *muchas* de las necesidades de *algunas* personas) y les van dotando de suficientes recursos y estructuras para irse relacionando, cada vez más, *de igual a igual* con los servicios sanitarios. Esto se hace tanto desde:

- Normas y planes referidos a cada una de las ramas o subsistemas *verticales* (sanidad, servicios sociales...).
- Normas y planes *transversales*, es decir, referidos a cuestiones que afectan a las diferentes políticas o sistemas verticales (cuestiones como la diversidad funcional, la inclusión social, la vida familiar...)
- Normas y planes referidos específicamente a la coordinación sociosanitaria.

En estas normas y planes cabe subrayar como elementos interesantes:

- La elaboración de catálogos y carteras de prestaciones y servicios, singularmente cuando llevan aparejado el reconocimiento como derecho subjetivo.
- La utilización, en lo posible, de divisiones territoriales iguales, similares o compatibles en ambos sistemas públicos.
- La estructuración adecuada y armónica de los niveles de atención en función del continuo que va de lo general a lo especializado.
- La creación de órganos de coordinación (en los diferentes niveles territoriales) en los que se prime la operatividad.
- La aproximación en los modelos de financiación de los diferentes tipos de servicios.

2.

Con independencia del mayor o menor acierto en el diseño institucional que se derive de las normas y planes que hemos mencionado en el apartado anterior, entendemos que hay un segundo nivel, intermedio entre el anterior y el de la intervención operativa, en el que es mucho también lo que se puede hacer por la coordinación sociosanitaria. Nos referimos al que tiene que ver con labores de estructuración y gestión organizacional.

Aquí nos encontramos en ocasiones con experiencias en las cuales unas determinadas unidades organizativas, sin dejar de pertenecer cada una de ellas a la red o sistema que le corresponda (sanitario o de servicios sociales), se articulan para un funcionamiento coordinado en uno o varios de los puntos del itinerario que han de hacer las personas usuarias.

Un buen ejemplo de ello, son los sistemas de *ventanilla única*. Hablar de ventanilla única supone identificar un conjunto suficientemente amplio de potenciales demandas (y necesidades de referencia) aceptable para la ventanilla y a partir de las cuales quien la gestiona se compromete a acompañar a la persona, facilitando sus accesos y recorridos en el proceso de atención. La práctica nos enseña que los sistemas de ventanilla única necesitan, al menos:

- Unas infraestructuras materiales e informáticas adecuadas a la labor a realizar y a los perfiles de usuarias y usuarios a atender.
- Una labor permanente de comunicación clara e ilustrativa hacia el entorno (focalizada especialmente en determinados grupos poblacionales) acerca del tipo de demandas y necesidades de referencia.
- Una labor permanente de normalización y simplificación de procedimientos.
- Una labor permanente de actualización, sensibilización y formación del personal para la mejora continua de sus actitudes y aptitudes (cordialidad, discernimiento, empatía, manejo de información...).

También hay que mencionar en este apartado el diseño y la puesta en marcha de servicios (denominados *integrados*) en los que encontramos tanto prestaciones típicas de la rama sanitaria (atención médica, de enfermería...) junto a otras típicas de los servicios sociales (asistencia personal, acompañamiento social...). Dichos servicios se ubican tanto en el seno del sistema de servicios sociales como en el del sistema sanitario pero, en todo caso, hay que reconocer que se crean más fácilmente desde la iniciativa social o mercantil que desde el sector público, con más rigideces al respecto. Algunos ejemplos serían:

- Un servicio hospitalario en el que la prestación principal son los cuidados paliativos (tanto médicos como de enfermería) pero en el que también se proporciona asistencia personal (ayuda en las actividades de la vida diaria).
- Un programa ambulatorio con personas sin techo en el que la prestación o actividad central es el acompañamiento social pero en el que se proporcionan también cuidados de enfermería.
- Un centro de día en el que la prestación o actividad central es la rehabilitación psicosocial pero en el que se ofrece también asistencia personal.
- Un programa de atención temprana en el que resultan centrales, por ejemplo, el diagnóstico lo más precoz posible de problemas de salud o la rehabilitación física pero en el que también se proporciona acompañamiento social a las familias usuarias.

Como en todos los ámbitos de la actividad económica y la gestión organizacional, del mismo modo que, en ocasiones, la innovación organizativa lleva, como acabamos de señalar, a la *integración*, en otros casos se produce el fenómeno contrario, de modo que cadenas de actividades que eran realizadas por una misma organización o unidad pasan a fragmentarse y la coordinación pasa a realizarse no *en* la organización o unidad sino *entre* organizaciones o unidades diferentes. Este hecho ha venido siendo muy frecuente en los servicios sociales y sanitarios, en los denominados *procesos*

de desinstitucionalización (en referencia a las denominadas *instituciones totales*), por los efectos negativos que tiene para las personas el hecho de que sea una misma organización la que da respuesta a un número demasiado elevado de sus necesidades o aspiraciones.

Una última aportación relevante que, desde las técnicas de gestión, se está haciendo para la coordinación sociosanitaria tiene que ver con la aplicación de las técnicas de marketing a la hora de segmentar de nuevas maneras a la población destinataria de la atención, superando enfoques demasiado escorados a uno de los tipos de necesidades (las relacionadas con la atención sanitaria o las propias de los servicios sociales) o tendentes al encuadramiento de las personas en el seno de *colectivos* definidos en función de una única característica de las personas (edad, funcionalidad...).

3.

En lo que tiene que ver con los aspectos más operativos de la atención a las personas nos encontramos con buenas prácticas de coordinación sociosanitaria, por ejemplo, en lo relativo a las labores de diagnóstico o evaluación de las personas destinatarias y sus entornos. Se trata de experiencias de trabajo en equipo para la realización de diagnósticos o evaluaciones integrales e interdisciplinares, superando aproximaciones unidimensionales que pueden llevar a indicaciones beneficiosas en un aspecto y contraproducentes en otros.

En este nivel de la intervención operativa tiene especial relevancia la labor de construir, diseminar, revisar y reelaborar guías clínicas, protocolos, procedimientos... entendidos como maneras estandarizadas y pactadas de realizar procesos que de una u otra manera afectan a las personas usuarias y que, necesariamente, en última instancia, desembocan en ellas. En este tipo de documentos suelen recogerse aspectos como el perfil de las personas destinatarias, la secuencia de actividades a realizar, las responsabilidades a asumir, los registros escritos a realizar, los estándares de calidad a mantener...

También recibe y debe recibir especial atención en el ámbito de la coordinación sociosanitaria lo que tiene que ver con la derivación, la planificación del alta o los planes de transición y adaptación (entre servicios o programas). Al respecto se insiste en la necesidad de que cada responsable de un eslabón de la cadena de atención programe y transmita con tiempo de antelación la salida de la persona usuaria del proceso o servicio en cuestión. Este tipo de técnicas resulta crítica para la continuidad de cuidados, principio de primera importancia en el ámbito de la coordinación sociosanitaria y de la acción pro bienestar en general.

Estas buenas prácticas que estamos mencionando en este nivel (diagnóstico interdisciplinar, protocolización, planificación del alta...) se encuadran y articulan en ocasiones en un marco de *gestión de casos*. Efectivamente, en lo que tiene que ver con la gestión del conjunto del proceso de intervención con una persona, se observa que a más complejidad del caso, es decir, a más número y envergadura de actividades y agentes involucrados, más necesidad de que se haga una gestión del caso, esto es, más necesidad de que alguien asuma algún tipo de responsabilidad sobre el conjunto de la intervención y coordine esa multiplicidad de agentes y actividades involucradas en el proceso de intervención.

Son múltiples y variados los modelos y propuestas de gestión de caso que cabe encontrar en la práctica y en la literatura de referencia. Desde modelos en los que el gestor o gestora es, fundamentalmente, alguien que representa a la persona usuaria (cliente) ante una variedad de proveedoras con las que negocia hasta modelos en los que la persona gestora de caso es la trabajadora del sistema de servicios que opera como referente para la persona usuaria. Desde modelos en los que la gestión de caso se basa, sobre todo, en conocimientos y capacidades de tipo técnico hasta aquellos en los que priman más los elementos de administración (por ejemplo de recursos económicos). Desde modelos que se aplican a todas las fases de la intervención hasta

aquellos que se concentran en algunas de ellas. Desde modelos en los que el gestor de caso interactúa preferentemente con la persona usuaria hasta aquellos en los que dedica su jornada, sobre todo, a interactuar con los agentes de intervención. Desde modelos más orientados a la defensa de derechos y el empoderamiento de la persona usuaria a otros en los que tales consideraciones no tienen cabida...

Nos parecen de particular interés y aplicación a la gestión de caso los planteamientos de la *planificación centrada en la persona*. La planificación centrada en la persona supone que en el proceso de planificación se identifiquen siempre los *logros personales*, es decir, aquello que la persona desea conseguir o alcanzar y que, ante cada objetivo o actividad que nos planteemos, nos preguntemos siempre cómo va a ayudar a la persona a alcanzar sus logros personales. El proceso de planificación centrada en la persona es, necesariamente, participativo y en él han de tomar parte, además de la persona destinataria de la intervención, todos aquellos agentes o instancias relevantes para que la persona pueda alcanzar sus logros.

Por otra parte, cada vez se pone más énfasis en que la gestión de caso permita registrar información (a partir de indicadores y estándares de referencia) que no sólo puedan ser útiles para la evaluación y reprogramación de la intervención individual, sino que también puedan ser agregados y utilizados, con ayuda de las correspondientes herramientas informáticas, para la evaluación y planificación a escalas más amplias alimentando e impulsando la gestión estratégica y, en última instancia, las políticas de atención.

Referencias

- Defensor del Pueblo y otras. *La atención sociosanitaria en España. Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid.
- Demetrio Casado y Fernando Fantova. *Perfeccionamiento de los servicios sociales. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*. Madrid, Cáritas Española, 2007.
- Dolors Colom. *La atención sociosanitaria del futuro*. Zaragoza, Mira Editores, 1997.

- Fernando Fantova. "Coordinación sociosanitaria y gestión de casos" (texto preparado para el programa de gestión directiva de entidades no lucrativas de la Fundación Luis Vives). 2007.
- Antonio Jiménez Lara. *El sector de la salud y la atención a la dependencia*. Madrid, Fundación Alternativas. 2007.
- Kai Leichsenring. *Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea*. Madrid, Observatorio de Personas Mayores (IMSERSO), 2005.
- Gregorio Rodríguez Cabrero y Julia Montserrat. *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid, IMSERSO, 2002.
- María Eugenia Zabarte. "La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud" en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 65, 2006, pp. 49-59.
-