

Fundación



SALUD
INNOVACIÓN
SOCIEDAD

A Novartis Foundation



NOVARTIS
PHARMACEUTICALS

Escenarios de la integración de la atención social y sanitaria:

Consulta Prospectiva 2015-2020

Escenarios de la integración de la atención social y sanitaria:

Consulta Prospectiva 2015-2020

Dirección

Joan Josep Artells i Herrero

Documentalismo y trabajo de campo

Fluvià Artells i Campañá

Análisis

Anna Garcia Altès

Promovido por

Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Patrocinado por

Novartis Farmacéutica, S.A.

Realización

Sanidad, Comunicación y Gestión del Conocimiento S.L.

Agradecimientos

Dr. Joan Subirats i Humet

Catedrático de Ciencias Políticas

Universidad Autónoma de Barcelona

Dr. Rodrigo Gutiérrez

Director General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria

Consejería de Sanidad

Gobierno de Castilla-La Mancha

Sra. Astrid Lindström Karlsson

Consultora

Política Social y Servicios Sociales

Dr. Rafael Peñalver Castellano

Subdirector de la Gerencia de Coordinación e Inspección

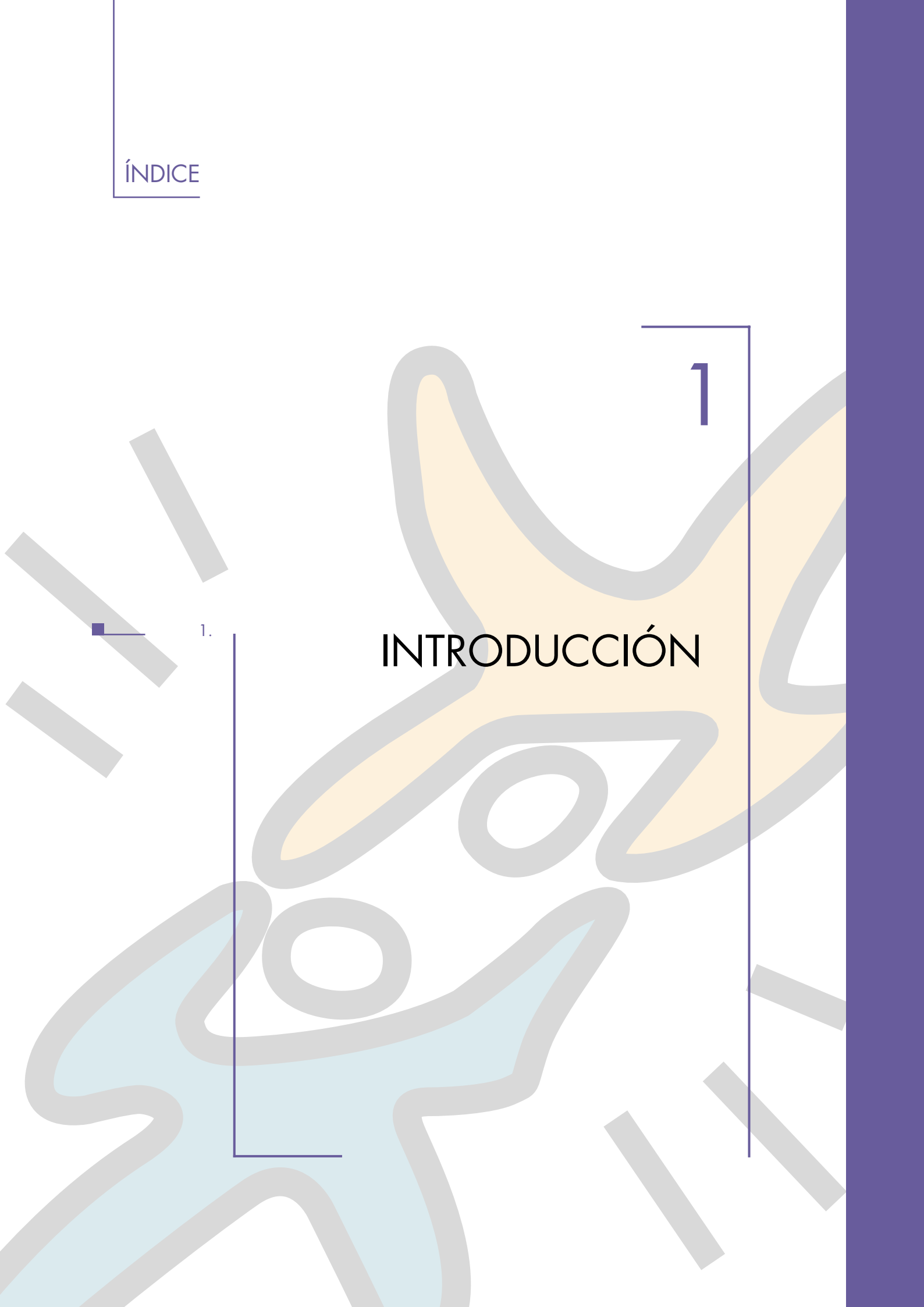
Consejería de Sanidad

Gobierno de Castilla-La Mancha

1. Introducción	5
2. Material y métodos	9
2.1. Diseño	11
2.2. Participantes	13
2.3. Cuestionario	15
2.4. Proceso de recogida de datos	16
2.5. Análisis	16
3. Resumen	21
3.1. Expectativas y apoyo iniciales	24
3.1.1. Razones justificativas para la implantación	24
3.1.2. Motivos de discrepancia	24
3.1.3. Apoyos y legitimación social	24
3.1.4. Componentes principales de la atención integrada	25
3.1.4.1. Objetivos	25
3.1.4.2. Centralidad de las personas	25
3.2. Capacidad jurisdiccional y ejecutiva	25
3.2.1. Cobertura y cartera de servicios	25
3.2.2. Competencias reguladoras y de gobernanza	26
3.2.3. Financiación	26
3.2.4. Remodelación de dispositivos e itinerarios asistenciales	27
3.2.5. Cambios en el estilo de liderazgo	27
3.3. Instrumentos facilitadores del proceso de implantación	27
3.3.1. Instrumentos de participación y consenso	28
3.3.2. Sistemas de información	28
3.3.3. Gestión del conocimiento	28
3.3.4. Reciclaje y formación de los recursos humanos	29
4. Guía para la lectura de los resultados	31
5. Resultados	35
5.1. Expectativas y apoyo iniciales	37
5.1.1. La implantación de la atención social y sanitaria integrada: argumentación	37
5.1.2. Apoyos	38
5.1.2.1. Apoyo personal	38
5.1.2.2. Apoyo institucional y legitimación social	38
5.2. Componentes principales de la atención integrada	40
5.2.1. Objetivos	40
5.2.2. Centralidad de las personas	42
5.3. Organización	44
5.3.1. Cobertura y cartera de servicios	44
5.3.2. Dirección y gobernanza	46
5.3.3. Financiación	49
5.3.4. Adaptación de estructuras asistenciales	51
5.3.5. Profesionales y liderazgo	54
5.3.5.1. Cambios en el estilo de liderazgo	55
5.4. Instrumentos del proceso de implantación	56
5.4.1. Instrumentos de consenso del despliegue y la implantación	56
5.4.2. Sistemas de información	58
5.4.3. Gestión del conocimiento	59
5.4.4. Reciclaje y formación de los recursos humanos	61

6. Interpretación	63
6.1. Consistencia de la visión compartida y nivel de apoyo al establecimiento de la atención integrada	66
6.1.1. La centralidad de la persona	66
6.1.2. Apoyo profesional: liderazgo innovador y líderes	67
6.2. Fundamentos estructurales	67
6.2.1. Cobertura poblacional y cartera de servicios	68
6.2.2. Financiación y sostenibilidad	69
6.2.3. Remodelación de equipamientos y dispositivos asistenciales	70
6.3. Implementación basada en la evidencia	70
6.3.1. Instrumentos de participación y consenso	71
6.3.2. Sistemas de información y comunicación	71
6.3.3. Gestión del conocimiento: inteligencia colectiva	71
6.3.4. Formación en nuevos roles y competencias profesionales	72
7. Aportaciones abiertas	73
7.1. Factores dinamizadores	75
7.1.1. Legitimación social	75
7.1.1.1. Legitimación profesional	75
7.1.1.2. Apoyo ciudadano	75
7.1.1.3. Respuestas a retos	76
7.1.2. Apoyo político	76
7.1.3. Cobertura y cartera de servicios	76
7.1.4. Dirección y liderazgo político	77
7.1.5. Organización	77
7.1.5.1. Marco legislativo	77
7.1.5.2. Territorialización	77
7.1.5.3. Externalización	77
7.1.5.4. Financiación	78
7.1.6. Motivación y liderazgo profesional	78
7.1.7. Instrumentación del proceso de implantación	79
7.1.8. Sistemas de información y comunicación	80
7.1.9. Gestión del conocimiento	81
7.1.10. Formación	81
7.1.11. Experiencias anteriores y en curso	81
7.2. Obstáculos	82
7.2.1. Marco legal	82
7.2.2. Motivación y liderazgo profesional	82
7.2.3. Actitudes	83
7.2.4. Acceso y cobertura poblacional	83
7.2.5. Financiación	84
7.2.6. Instrumentos de despliegue de la atención integrada	85
7.2.7. Experiencias anteriores y en curso	85
7.2.8. Dirección y liderazgo político	86
7.2.9. Territorialidad	87
7.2.10. Información	88
7.2.11. Apoyo político	88
7.2.12. Formación y desarrollo profesional	88
7.2.13. Externalización	89
8. Referencias	91
9. Anexo. Cuestionario base de la consulta	97

1.
INTRODUCCIÓN



1. INTRODUCCIÓN

El informe presenta los resultados de una consulta prospectiva¹ a un colectivo de ciudadanos, profesionales, investigadores y directivos de los sectores público y privado, sobre factores críticos para la orientación del proceso de innovación de los actuales sistemas social y sanitario de protección social en Cataluña en el horizonte de los próximos cinco años.

El proyecto se propone obtener una visión anticipada de elementos estratégicos –tanto obstáculos como propulsores– para el diseño del proceso de implementación de un patrón integrado de atención social y sanitaria centrado en la persona en Cataluña.

La consulta aporta posicionamientos predictivos de lo que los consultados quieren que ocurra –deseo– y, a su vez, de lo que creen que efectivamente ocurrirá –pronóstico– en relación con 49 escenarios probables.²

Nuestra sociedad comparte, al mismo tiempo, los retos del aumento de la longevidad demográfica, la transición epidemiológica de las enfermedades transmisibles a las patologías crónicas y la vulnerabilidad psicosocial de una proporción creciente de la población.³⁻⁴ En el curso del próximo quinquenio uno de cada cinco ciudadanos tendrá más de sesenta y cinco años dentro de una tendencia sostenida al aumento del número de ellos que sufrirá un trastorno crónico o más de uno, discapacidad y privación social.⁵

La crisis económica prolongada y su impacto sobre la solvencia de la financiación de la política social y sus servicios fundamentales determinan que sea inaplazable una respuesta correlativa y eficaz a las nuevas necesidades y expectativas de la población en un entorno de cambio de época en política, economía y valores sociales.⁶⁻⁸

La experiencia internacional muestra una diversidad de procesos de transformación de los modelos convencionales de protección social basados en cambios de distinta intensidad y envergadura. Sin embargo, todos estos procesos comparten algunas estrategias de coordinación y de integración funcional y administrativa entre los dispositivos de servicios sociales y de salud y, de manera distintiva, coinciden en el reconocimiento de la centralidad de la autodeterminación de la persona, su integridad y sus valores por encima de las pautas organizativas, las inercias profesionales y las resistencias burocráticas de estructuras de provisión asistencial en fase de avanzada obsolescencia.⁹⁻¹²

En nuestro entorno disponemos de reflexión conceptual, experiencias innovadoras y precedentes útiles para la transformación integradora de dispositivos y servicios sociales y sanitarios basados en el impulso innovador de los médicos de familia, los profesionales de la enfermería, los trabajadores sociales y las organizaciones cívicas de solidaridad.¹³

Para el trabajo realizado han sido especialmente valiosos tanto la identificación de factores de impulso y retos aportados por las recomendaciones del Consejo Asesor para la Sostenibilidad y el Progreso del Sistema Sanitario (CASOST) del Departamento de Presidencia de la Generalitat como el despliegue ejecutivo del Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC) en el marco de las transformaciones asistenciales promovidas por el Plan de salud de Cataluña 2012-2015, así como los conocimientos aportados por el proceso pionero de integración sanitaria 2009-2012 en el País Vasco y la contribución innovadora de la gestión del conocimiento en experiencias de coordinación e integración de la Fundación NewHealth.¹⁴⁻¹⁸

Aparte de los referentes mencionados, hay que consignar también la prolongada labor y experiencia de las organizaciones representadas por la Mesa del Tercer Sector Social en la defensa y atención de las personas en situación de vulnerabilidad social¹⁹ y la evaluación reciente del impacto de la crisis sobre el estado de bienestar en España aportada por el Dr. Guillem López-Casasnovas.²⁰

Estos precedentes han permitido la formulación del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS) y la Hoja de ruta 2014-2016, que presta atención a la habilitación de condiciones preliminares y necesarias y a la identificación anticipada de bloqueos e incertidumbres críticas para orientar un proceso de implantación con suficiente base empírica y recursos de conocimiento.²¹⁻²²

En el actual contexto de fragilidad económica, emergencia acelerada de nuevas configuraciones políticas y deterioro de los modelos hegemónicos de protección social, la necesaria interacción colaborativa entre los agentes implicados en la transformación requiere visión anticipativa y flexibilidad estratégica para identificar colectivamente incertidumbres críticas, obstáculos evitables y factores clave de éxito.

En estas condiciones conviene no ignorar ni la engañosa diversidad conceptual y los significados de la integración asistencial social y sanitaria ni, tampoco, la formulación de la Hoja de ruta 2014-2016 del PIAISS como conjunto sinérgico de medidas instrumentales y modificaciones estructurales de apoyo inicial para la implementación de la opción integradora elegida en Cataluña.

La modesta contribución de este informe pretende aportar elementos de visión anticipativa sobre el alcance del apoyo y la consistencia del consenso necesario sobre el establecimiento de la atención social y sanitaria integrada en Cataluña y su proceso de implantación.

En concreto, la adaptación prospectiva de las técnicas de consulta grupal aplicadas ha permitido identificar consensos, discrepancias y encrucijadas de indeterminación sobre:

- La consistencia conceptual y el apoyo operativo de la atención social y sanitaria integrada.
- Los factores y las capacidades institucionales habilitadoras para su implementación solvente y sostenible.
- La ordenación organizativa y territorial preliminar de la oferta de equipamientos: criterios funcionales e itinerarios asistenciales.
- Los instrumentos para el desarrollo informado del proceso de implantación.

El método Delphi empleado como técnica base de consulta grupal es mejor como instrumento diagnóstico que como indicador normativo en el análisis estratégico de procesos de transformación complejos. Quizás genere más cuestiones que respuestas, pero sin identificar cuestiones pertinentes raramente se alcanzan respuestas útiles. La perspectiva aportada contribuye a poner a prueba la consistencia de hipótesis no probadas suficientemente, obstáculos críticos poco valorados y restricciones evitables, y sugiere la reconsideración de cambios –y de sus consecuencias comunitarias– merecedores de un análisis crítico. La corta trayectoria de la Ley de Dependencia (LEPA) puede ilustrar las probables consecuencias que entraña prestar una atención escasa a la visión anticipativa del entorno y la consideración de todas las opciones probables –y viables y socialmente legítimas– de transformación.

Quiero agradecer sobre todo la contribución capital de todos los participantes, tanto por la delimitación de las áreas de la consulta como por sus valoraciones, expectativas y predicciones.

Dr. Joan Josep Artells i Herrero
Sanitat, Comunicació i Gestió del Coneixement, SL

2.

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño.....	11
2.2. Participantes.....	13
2.3. Cuestionario.....	15
2.4. Proceso de recogida de datos.....	16
2.5. Análisis.....	16

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. DISEÑO

La investigación documental, junto con las entrevistas a fondo con informantes clave y la realización de una sesión de grupo nominal,¹⁻³ han permitido utilizar una adaptación prospectiva del método Delphi⁴ para identificar niveles de consenso entre los componentes de un colectivo de expertos, concedores e implicados en el objeto de la consulta.

Mesa 1. Informadores clave

- Sra. Núria Carrera Comes
Decana del Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña (TSCAT)
- Sra. Ester Sarquella
Comité Operativo del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS)
- Sra. Astrid Lindström Karlsson
Licenciada en ciencias sociales (política social y trabajo social). Universidad de Estocolmo
- Dr. Rodrigo Gutiérrez Fernández
Director general de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha
- Dr. Marc Soler i Fàbregues
Director corporativo del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona
- Dr. Albert Ledesma i Castelltort
Director del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS)
- Dr. Manuel Freire
Jefe del Departamento de Salud Internacional. Escuela Nacional de Sanidad-Instituto Carlos III
- Dr. Rafael Peñalver Castellano
Subdirector médico de la Gerencia de Evaluación e Inspección del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
- Dr. Arturo Álvarez Rosete
Director científico de la Fundación NewHealth
- Sr. Juan Manuel Rivero Puerta
Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña (TSCAT)
- Dr. Jordi Colomer i Mascaró
Director general del Grupo SAGESSA
- Sr. Joan Carles Contel i Segura
Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC)
- Sr. Carles Blay i Pueyo
Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC)
- Sr. Juan Manuel Rivera Puerto
Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña (TSCAT)
- Dr. Carles Campillo i Artero
Unidad de Evaluación Clínica y de Servicios de Salud. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Mesa 2. Participantes del grupo nominal “Obstáculos y limitaciones clave para la implantación, desarrollo, sostenibilidad, legitimación social y consolidación del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS)”

- Laura Agud
Responsable de Proyectos de Fomento a la Inversión del Departamento de Bienestar Social y Familia
- Ignasi Arbosà
Responsable de la Unidad de Cartera de Servicios del Departamento de Salud y Mapa Sanitario
- Felip Benavent
Responsable de Planificación y Compra de la Región Sanitaria Alto Pirineo y Aran
- Montse Canet
Coordinadora de procesos de enfermería de la Dirección de Atención Primaria Girona del ICS
- Josan Domínguez
Jefe del Servicio de Apoyo a Programas Sociales de la Diputación de Barcelona
- Giovanna Gabriele
Investigadora de política social de la Fundación Josep Laporte
- Margarita García
Vicedecana del Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña
- Astrid Lindström
Consultora de política social de la Universidad de Estocolmo
- Rosa Morral
Responsable del Área de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud y de Atención a la Comunidad
- Pau Sánchez
Director del Plan director sociosanitario del Departamento de Salud
- Antònia Sadurní
Responsable de Relaciones Institucionales de Novartis
- Ester Sarquella
Comité Operativo del PIAISS
- Pilar Solanes
Directora del Programa salud del Ayuntamiento de Barcelona

Realización

- Dr. Joan Josep Artells i Herrero. Dirección
- Dra. Anna Garcia Altès y Sr. Fluvià Artells Campañá. Análisis y trabajo de campo

El método Delphi permite la identificación de *drivers*, o factores impulsores, y obstáculos, o procesos de alta incertidumbre, para revelar aspectos significativos y poco explorados en fases preliminares de diseño de la implementación de innovaciones o reformas organizativas complejas.

La consulta realizada posibilitó un proceso en línea voluntario y de deliberación plural en torno a la concreción de los objetivos descritos en la introducción:

- Consistencia conceptual y operativa compartida de la atención social y sanitaria integrada.
- Factores y capacidades habilitadoras para su implementación solvente y sostenible.

- Ordenación organizativa y territorial preliminar de la oferta de equipamientos, criterios de planificación asistencial personal e itinerarios asistenciales.
- Instrumentos para el desarrollo informado del proceso de implantación.

2.2. PARTICIPANTES

Cien participantes como panelistas de la consulta Delphi aceptaron la invitación cursada a altos cargos y directivos de las administraciones implicadas, directivos de organizaciones y asociaciones privadas –comerciales y voluntarias–, profesionales y analistas de la política social.

Mesa 3. Relación autorizada de los panelistas participantes en la consulta

- Juan Antonio Abascal Ruiz. Médico
- Santiago Alfonso Zamora. Directivo
- Albert Alonso. Médico
- Carme Altarriba. Trabajadora social
- Arturo Álvarez Rosete. Investigador
- Ester Amado Guirado. Farmacéutica de Atención Primaria
- Jordi Amblàs Novellas. Médico
- Enric Arqués Martí. Psicólogo
- Marisa Arumí Ortiz. Psicóloga
- Israel Belchi Pujol. Psicólogo
- Lluís Bohigas Santasusagna. Economista
- Pere Bonet Dalmau. Médico
- Manuela Bonillo Caballero. Enfermería
- Carlos Campillo Artero. Médico
- Josep Carné Teixidó. Directivo
- Núria Carrera Comes. Trabajadora social
- David Casado Marín. Economista
- Eusebi J. Castaño Riera. Médico
- Cari Castillo Canales. Trabajadora social
- Antoni Castro Salomó. Médico
- Montserrat Codinachs Vila. Directiva
- Montse Colom Codina. Psicóloga
- Adelina Comas Herrera. Investigadora
- Josep Comín Colet. Médico
- Ramon Cunillera Grañó. Médico
- Eulàlia Dalmau Matarrodona. Economista
- Josep de Andrés Pizarro. Ciencias sociales

- Xavier Delgado Alonso. Funcionario de la Generalitat
- Miquel Domènech Mestre. Médico
- Montse Domènech Prat. Trabajadora social
- Joaquim Esperlaba Iglesias. Médico
- Teia Fàbrega Peiró. Directiva
- Fernando Fantova Azcoaga. Ciencias sociales
- Roser Fernández Alegre. Directiva (Administración. Generalitat)
- Laura Ferré. Psicóloga
- María Dulce Fontanals de Nadal. Trabajadora social
- José Manuel Freire Campo. Médico
- Josep Fusté Sugrañes. Economista
- Núria Fustier Garcia. Consultora
- Giovanna Gabriele Muñiz. CC Sociales
- Marga García Canela. Trabajadora social
- Pilar Gascón Lecha. Farmacéutica
- Joan Gené Badia. Médico
- Ana María González González. Trabajadora social
- Álex Guarga Rojas. Médico
- Rafel Guaita-Escolies. Médico
- Amèlia Guilera Roche. Enfermería
- Aida Guillaumet. Trabajadora social
- Rodrigo Gutiérrez Fernández. Médico
- Marco Inzitari. Médico
- Esther Limón Ramírez. Médica
- Guillem López. Profesor universitario. Investigación
- Marisa Martí. Enfermería
- Begoña Martí. Enfermería
- Montserrat Masó Clopés. Trabajadora social
- Xavier Melich Porres. Trabajador social
- Ana María Miquel Gómez. Médica
- Juan Oliva. Economista
- Marta Olivares Obis. Enfermería
- Anna Olivé i Torralba. Médica
- Salvador Peiró. Médico
- Xavier Pérez Berruezo. Médico
- Mercè Príncep. Trabajadora social

- Jaume Puig. Profesor universitario. Investigación
- Oriol Ramis. Médico
- Eduard Rius Pei. Médico
- Josefa Rivera Luján. Médica
- Pilar Rodríguez. Ciencias sociales. Presidenta
- Francisco de Paula Rodríguez Perera. Docente de gestión sanitaria
- Montserrat Rossinés Bayó. Trabajadora social
- Anna Rufí. Trabajadora social
- Luis Salvador-Carulla. Médico
- Pau Sánchez Ferrín. Médico
- Sebastià J. Santaeugènia González. Médico
- Andreu Segura Benedicto. Médico
- Albert Serra Martín. Profesor
- Pilar Solanes. Médica
- Claustre Solé Brichs. Enfermería
- Joan Subirats. Profesor universitario
- Rosa Suñol. Médica
- Josep Taberner. Médico
- Georgina Tomàs i Comas d'Argemir. Técnica Administración
- Pere Vallribera Rodríguez. Médico
- Jordi Valls. Trabajador social
- Lluís Viguera Espejo. Ciencias sociales
- Anna Vila Rull. Psicóloga
- Josep Vila Joana Celaya. Psicólogo
- Miquel Vilardell. Médico
- Corinne Zara Yahni. Farmacéutica

2.3. CUESTIONARIO

El posicionamiento predictivo del grupo sobre 49 escenarios contempló los siguientes aspectos:

- Expectativas y apoyo iniciales (5 escenarios)
- Componentes principales de la atención integrada (8)
- Cobertura y cartera de servicios (4)
- Dirección y gobernanza (5)
- Financiación (5)
- Adaptación de estructuras asistenciales (5)

- Profesionales y liderazgo (2)
- Liderazgo (4)
- Instrumentos de consenso del despliegue y la implantación (5)
- Sistemas de información (2)
- Gestión del conocimiento (4)
- Reciclaje y formación de los recursos humanos (2)

2.4. PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS

La consulta propuso a los panelistas dar respuesta a una selección de escenarios, en el horizonte temporal de los próximos cinco años, en términos de “deseo”, entendido como predicción favorable o de rechazo del escenario planteado, y de “pronóstico”, entendido como predicción probabilística de la verosimilitud –máxima o mínima– de ocurrencia de la propuesta, con independencia del deseo.

La valoración individual de deseo o de pronóstico se puntuó entre 1 y 9 en una escala ordinal donde el dígito 1 indica rechazo total, tanto en el deseo como en el pronóstico, y el 9 adhesión total en el deseo y acuerdo total en el pronóstico. La puntuación 5 expresa incertidumbre o falta de una opinión formada.

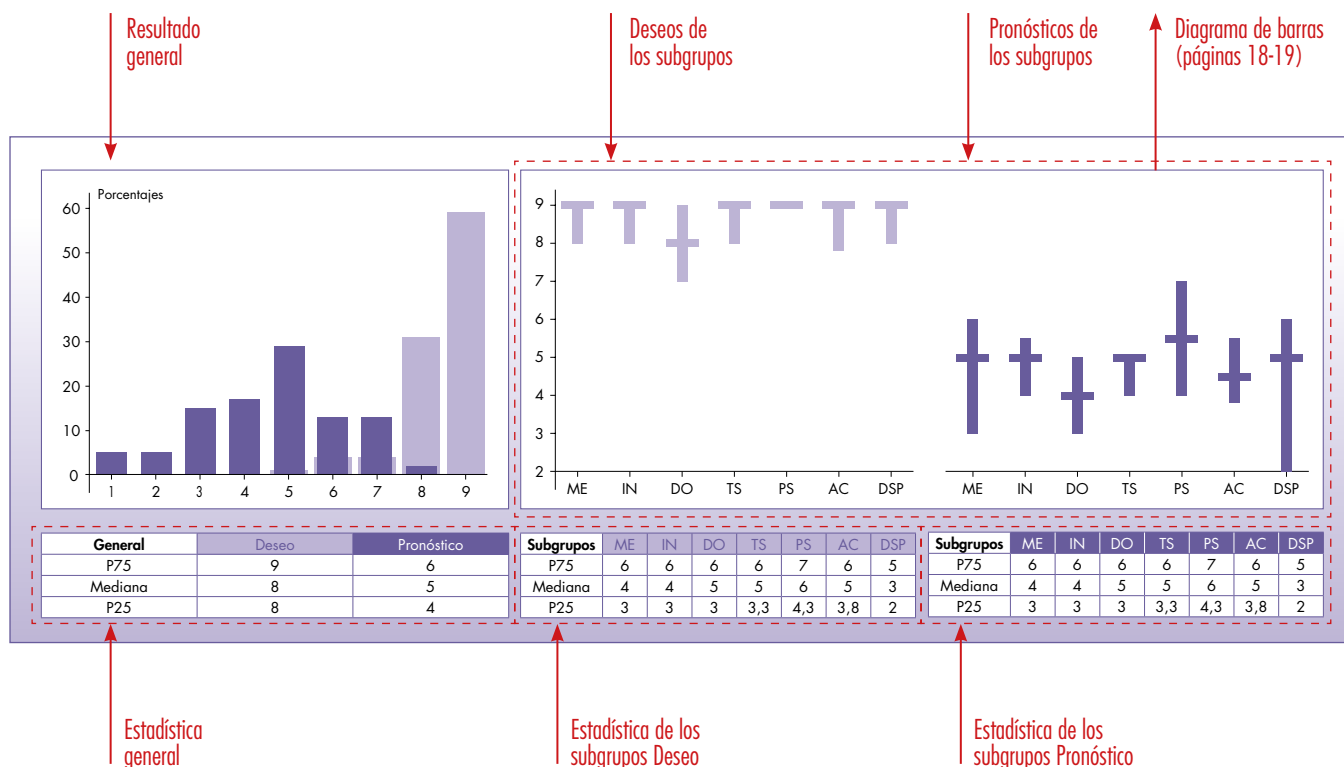
Esta convención se adoptó con el fin de sistematizar el relato de las respuestas del panel –véase el capítulo 5 sobre resultados–, aceptando, sin embargo, una cierta flexibilidad interpretativa, por ejemplo considerar que un pronóstico de 6 se acerca más a un acuerdo que a un desacuerdo con el deseo o con el pronóstico, o valorar más el desacuerdo o el rechazo puntuado con un 1 que con un 3.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	En absoluto deseado. Completamente rechazado. Improbable. No cree que la propuesta suceda.			◀	Incertidumbre, indeterminación, duda. Incertidumbre, indeterminación, duda.			▶	En absoluto deseado. Completamente rechazado. Improbable. No cree que la propuesta suceda.	

2.5. ANÁLISIS

Las distribuciones de las puntuaciones de los panelistas correspondientes a la agregación de sus respuestas individuales –deseos y pronósticos para cada escenario propuesto– se expresan gráficamente utilizando valores estadísticos centrales: la mediana (P50) –valor situado en el centro, que tiene el mismo número de valores tanto por encima como por debajo–, el primer cuartil (P25) –valor por debajo del cual está el 25% de los valores– y el cuartil (P75) –por debajo del cual se encuentra el 75% de los valores de la distribución–. Este tratamiento facilita la visualización y la interpretación uniforme de la respuesta agregada del colectivo de los panelistas y permite sistematizar los comentarios de los resultados obtenidos.

Además, cada respuesta del panel incorpora los porcentajes correspondientes a la puntuación correspondiente a la indeterminación (5); los pertenecientes al intervalo de puntuaciones positivas (6-9), y los relativos al recorrido de puntuaciones negativas (1-4).



Dispersión y concentración

La distancia entre los cuartiles P75 y P25 expresa la agrupación o la dispersión de los valores (puntuaciones de cada panelista) de cada distribución y permite interpretar el nivel de consenso o discrepancia de las predicciones de deseo o de pronóstico correspondientes a cada escenario.

Para interpretar la concentración o dispersión de las distribuciones de las respuestas, el informe ha adoptado la convención siguiente:

- La distancia entre los valores de los cuartiles P75 y P25 igual o inferior a 2 puntos se interpreta como dispersión de deseo o de pronóstico baja (o concentración consistente en torno a un valor).
- El margen de distancia entre los valores de los cuartiles P75 y P25 igual a 3 se interpreta como dispersión media o diversidad discreta de las valoraciones de los panelistas.
- La distancia entre los valores de los cuartiles P75 y P25 igual o superior a 3 expresa dispersiones de la valoración de deseo/pronóstico progresivamente elevadas.

La proximidad o el alejamiento entre las medianas de las distribuciones de "deseo" y de "pronóstico" en relación con un mismo escenario permite interpretar la respuesta en términos del nivel de consistencia o contraposición entre la deseabilidad de la propuesta y la percepción de su realización o pronóstico.

La inexistencia de diferencia indica unanimidad en la predicción de realización del escenario que el colectivo desea; la diferencia inferior a 2 se interpreta como esperanza razonable de cumplimiento del deseo del panel; el intervalo entre 2 y 3 indica escasa concordancia entre deseo y pronóstico, y los valores superiores a 3 indican divergencias importantes entre lo que los panelistas quieren y la probabilidad de que se materialice realmente.



Posicionamiento de los subgrupos

Algunos escenarios de especial interés que han recibido respuestas con distribuciones de dispersión media o elevada han sido objeto de un análisis comparativo entre subgrupos para conocer su posición relativa a la del panel general. En estos casos la visualización gráfica de la respuesta incorpora un “diagrama de caja” con los gráficos y las estadísticas de las dispersiones correspondientes a cada subgrupo y el panel en su conjunto.

Los subgrupos establecidos en el informe incluyen:

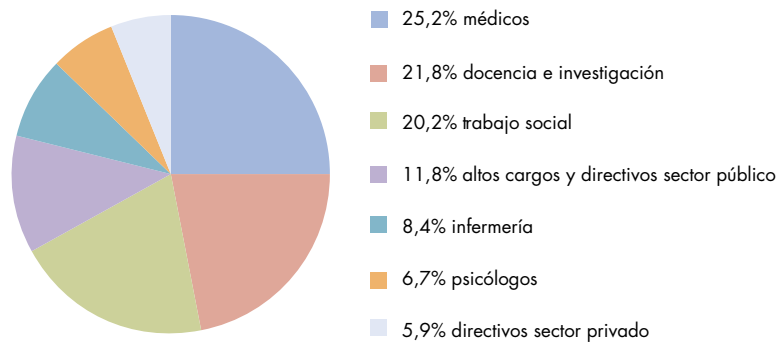


Diagrama de cajas

El diagrama de cajas permite representar la posición de proximidad o lejanía, así como comparar la magnitud de las dispersiones de las distribuciones de puntuación de cada subgrupo con la distribución de las respuestas del panel.

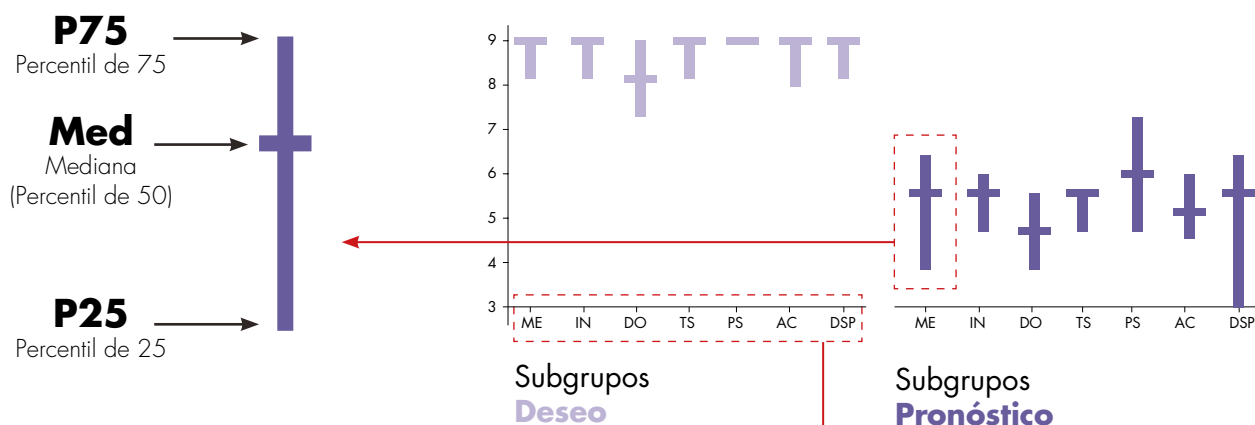
Ejemplo de comparación entre la respuesta colectiva del panel y las respuestas de los subgrupos:

Pregunta:

“En los próximos cinco años, las preferencias y los valores de las personas y su proyecto vital disfrutarán del máximo reconocimiento y respeto.”

La línea horizontal central es la MEDIANA.

Los extremos de la línea vertical representan los percentiles P25 y P75.



Abreviaturas de los subgrupos:

- ME Médicos
- IN Infermería
- DO Docencia
- TS Trabajo social
- PS Psicología
- AC Altos cargos
- DSP Directivos sector público

Comentarios:

Todos los subgrupos muestran dispersiones mínimas alrededor de los valores centrales 8 y 9: participan unánimemente del consenso general favorable al escenario (en lila claro) propuesto.

En cambio, en cuanto al pronóstico (en lila oscuro), los subgrupos de los médicos y de los directivos de organizaciones privadas muestran las dispersiones más altas en comparación con el resto de los subgrupos: sus miembros tienen opiniones divididas entre los valores 4 y 7 de incertidumbre y ligeras dudas y esperanza en el cumplimiento del escenario propuesto.

RESUMEN

3.1. Expectativas y apoyo iniciales	24
3.1.1. Razones justificativas para la implantación	24
3.1.2. Motivos de discrepancia	24
3.1.3. Apoyos y legitimación social.....	24
3.1.4. Componentes principales de la atención integrada	25
3.2. Capacidad jurisdiccional y ejecutiva	25
3.2.1. Cobertura y cartera de servicios.....	25
3.2.2. Competencias reguladoras y de gobernanza.....	26
3.2.3. Financiación	26
3.2.4. Remodelación de dispositivos e itinerarios asistenciales	27
3.2.5. Cambios en el estilo de liderazgo	27
3.3. Instrumentos facilitadores del proceso de implantación	27
3.3.1. Instrumentos de participación y consenso	28
3.3.2. Sistemas de información.....	28
3.3.3. Gestión del conocimiento	28
3.3.4. Reciclaje y formación de los recursos humanos	29

3. RESUMEN

En este capítulo se ofrece un resumen de las predicciones obtenidas entre los meses de abril y junio de 2015. El detalle gráfico y los comentarios de estas predicciones se presentan en el capítulo 5, dedicado a los resultados.

Objetivos

El proyecto se propuso alcanzar una visión colectiva anticipativa de elementos clave –impulsores y obstaculizadores– para la implementación de un proceso de establecimiento de la atención social y sanitaria integrada, en el horizonte de los próximos cinco años, con referencia a la manifestación de voluntad del Gobierno de la Generalitat y el Parlamento de Cataluña.¹

La aportación de los consultados presenta una perspectiva diversificada de predicciones normativas –lo que los panelistas desean que suceda– y, al mismo tiempo, de pronósticos –lo que creen que realmente sucederá– en relación con un conjunto de escenarios probables.

Áreas de la consulta

Los ámbitos del ejercicio de predicción colectiva han contemplado:

- La consistencia conceptual y operativa compartida de la atención social y sanitaria integrada.
- Los factores y las capacidades habilitadoras para su implementación solvente y sostenible.
- La ordenación organizativa y territorial preliminar de la oferta de equipamientos, criterios de planificación asistencial personal e itinerarios asistenciales.
- Los instrumentos para el desarrollo informado del proceso de implantación.

Se han tenido en cuenta, como escenarios de fondo, el impacto de la crisis de las finanzas públicas en la regresión de la política social y la incertidumbre del alcance de los cambios en curso en el panorama político.

Método

La realización del proyecto combina el análisis documental con entrevistas y técnicas de consulta de grupo: 11 entrevistas semiestructuradas con líderes de opinión, una sesión de grupo nominal con expertos en varios ámbitos de la investigación para identificar áreas significativas de consulta y una adaptación prospectiva de la técnica Delphi con la participación voluntaria de un panel de 100 participantes que respondieron a un cuestionario sobre 49 escenarios.

El panel incluye trabajadores sociales, médicos, profesionales de la enfermería, psicólogos, docentes e investigadores de política social, altos cargos y directivos del sector público y directivos de organizaciones privadas.

Las respuestas individuales reciben un tratamiento estadístico anonimizado que visualiza únicamente el posicionamiento predictivo agregado por medio de los valores estadísticos centrales de las distribuciones correspondientes a la expresión de “deseo” y “pronóstico”.

Síntesis de los resultados

A continuación se presenta un compendio de las respuestas obtenidas, que se muestran con detalle en el capítulo 5 y que aquí se identifican con su numeración correspondiente para contextualizar el texto.

Por ejemplo:

“El ámbito político y los profesionales comparten incertidumbre y pronósticos divididos.” (P03, P05)

3.1. EXPECTATIVAS Y APOYO INICIALES

3.1.1. Razones justificativas para la implantación

A continuación se especifican las 10 razones más citadas para justificar la implantación de la integración social y sanitaria (P01):

- Respuesta asistencial holística centrada en la persona.
- Integración de la perspectiva, autonomía y preferencias personales en las decisiones asistenciales que les afectan.
- Cambio del patrón epidemiológico: cronicidad y comorbilidad.
- Intenso envejecimiento demográfico.
- Continuidad y longitudinalidad asistencial.
- Integración de los determinantes sociales de las necesidades de atención personal.
- Valoración del liderazgo y la contribución interdisciplinaria de los profesionales.
- Mejora (esperada) de la salud y el bienestar colectivos.
- Superación de la fragmentación de los itinerarios asistenciales con aumento (potencial) de la eficiencia social.
- Evaluación transparente de los resultados, la experiencia asistencial personal y la incentivación de la buena práctica.

3.1.2. Motivos de discrepancia

Los motivos de discrepancia son los siguientes:

- No está justificado el acceso a la integración de los servicios sociales y sanitarios en un único sistema para la totalidad de la población.
- Oposición a la integración que genere la sanitarización de los problemas sociales.
- Oposición a la integración completa de los servicios sociales y sanitarios.
- Acuerdo sobre la coordinación, pero no sobre la integración.

3.1.3. Apoyos y legitimación social

Los consultados manifestaron la intensidad de su propio apoyo a la implantación de la integración social y sanitaria² y también su percepción de la intensidad del apoyo de la ciudadanía, los partidos políticos y los profesionales.

La mayoría de los panelistas (72%) dan un apoyo alto a la implantación de la integración social y sanitaria (P02). La expectativa unánime de apoyo ciudadano, político y profesional solo obtiene confirmación pronóstica mayoritaria respecto a la ciudadanía (P04).

El ámbito político y los profesionales comparten pronósticos de incertidumbre y confianza divididos (P03, P05): los consultados dudan de que la atención social y sanitaria integrada alcance un espacio propio en las propuestas sobre política social de los programas electorales en los próximos cinco años (P03).

A pesar de las dudas alrededor del apoyo de los profesionales, una notable mayoría espera el compromiso y la contribución del liderazgo y del profesionalismo a su implantación (P41).

3.1.4. Componentes principales de la atención integrada

Los participantes manifestaron sus expectativas y pronósticos –no siempre coincidentes– de consecución de algunos de los objetivos y rasgos específicos de la conceptualización de la atención social y sanitaria integrada.

3.1.4.1. Objetivos

La consulta aporta perspectivas moderadamente optimistas sobre la consecución de la mejora de la salud y la calidad de vida (P06), el enriquecimiento de las experiencias asistenciales de los ciudadanos (P07) y la contribución de la atención integrada a la mejora de la sostenibilidad del sistema de bienestar (P08).

3.1.4.2. Centralidad de las personas

Los participantes se manifestaron sobre la atención centrada en la persona como concepto focal de la atención integrada: principio formulado como preeminencia de la autonomía, la independencia y el respeto a la dignidad y las decisiones personales en la interacción entre los ciudadanos en situación de necesidad, los servicios públicos de atención y apoyo y los profesionales.

La posibilidad de un planeamiento compartido de los itinerarios asistenciales individualizados entre profesionales y ciudadanos es contemplada favorablemente por un 52%, con desconfianza por un 38% y con dudas por un 10% de los panelistas, a pesar de la clara expresión mayoritaria de deseo (P13).

Ante un elevado consenso favorable en el deseo general, la mitad de los consultados expresan dudas en relación con la consolidación de la corresponsabilidad y la autonomía de las personas atendidas en las decisiones asistenciales que les afectan (P10).

El escenario que propone que las personas con necesidades sociales y sanitarias que lo manifiesten podrán vivir de forma independiente³ en su hogar o en viviendas con módulos individuales, servicios compartidos y atención comunitaria no merece un pronóstico optimista (P12, P32), en contraposición con el pronóstico favorable a la personalización asistencial ajustada a la complejidad de las necesidades sanitarias y la vulnerabilidad social personal (P28).

3.2. CAPACIDAD JURISDICCIONAL Y EJECUTIVA

Las respuestas obtenidas destacan la coincidencia de los panelistas en la necesidad de dirección y liderazgo compartido por parte del Gobierno de la Generalitat para dar apoyo y viabilidad a los rasgos de la atención social y sanitaria integrada. Especialmente en lo que se refiere al alcance de la cobertura poblacional y de contenido de la cartera de prestaciones y servicios, la gobernanza funcional y territorial de la configuración integradora adoptada, la financiación, la transformación estructural de la oferta de servicios y un estilo de liderazgo inclusivo.

No obstante, esta unanimidad colectiva se corresponde con una pauta de expectativas y pronósticos de reserva o recelo.

3.2.1. Cobertura y cartera de servicios

El trasfondo de la prestación integrada de servicios sanitarios y sociales plantea como encrucijada crítica la asimilación –o el mantenimiento– de la actual situación de las prestaciones y servicios sociales en el universalismo o en la cobertura selectiva en función de criterios explícitos.

Son destacables la indecisión y la resistencia de los panelistas a otorgar muchas esperanzas a la adaptación de los servicios sociales a la universalización del Sistema Nacional de Salud y a la cobertura –preventiva y asistencial– tanto de las personas sanas como de las personas en riesgo o los grupos de población con necesidades específicas de complejidad diversa (P14, P28).

También reclama consideración, a la vista de los inconvenientes conocidos y de las inconsistencias de la cartera de servicios de la LAPAD,⁴ el pronóstico de escasa verosimilitud otorgado al establecimiento explícito y detallado de los recursos, las prestaciones y los servicios garantizados por la hipotética cartera conjunta de servicios (P16).

Asimismo, llama la atención la escasa probabilidad que los consultados otorgan a la mejora potencial de la equidad como resultado de la universalización de la atención integrada (P17).

3.2.2. Competencias reguladoras y de gobernanza

La repercusión regresiva de la gestión de choque de la crisis –recortes– en el mantenimiento de las garantías de protección social, la creciente centrifugación de responsabilidades asistenciales a los propios ciudadanos y su entorno familiar y la creciente externalización podrían justificar la desconfianza y las reservas con que proporciones significativas de panelistas se manifiestan en relación con la suficiencia y la orientación del desarrollo de la integración social y sanitaria.

No pasa desapercibido el contraste entre el deseo sólidamente mayoritario de implantación de la nueva configuración asistencial integrada y los pronósticos, entre escépticos e indecisos, sobre la suficiencia del actual espacio competencial autonómico para hacerlo con un modelo propio. Sobre todo en relación con la implantación de un marco legislativo específico para el modelo emergente (P19), dadas las competencias compartidas con el Estado, la confusión sobre el sistema competencial municipal generada por la Ley 27/20013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local (LRSAL), y la asimetría de la actual ordenación territorial de la prestación de los servicios sociales y de la atención sanitaria por parte de las diferentes administraciones.

Los panelistas tampoco manifiestan mucha confianza en el establecimiento de garantías de preeminencia del interés público por encima de intereses comerciales en la externalización y la concertación de servicios (P20).

La interpretación por los panelistas de la revisión estatal del modelo competencial de la Administración local planteada por la LRSAL podría explicar las acentuadas reservas manifestadas sobre el encaje territorial de la integración social y sanitaria (P21, P22).

El escenario de la priorización del desarrollo y la consolidación de los equipos pluridisciplinarios de base territorial, un elemento fundamental en el logro de la integración, contempla una predicción pronóstica escindida entre visiones esperanzadas y pronósticos adversos (P34).

3.2.3. Financiación

La perspectiva de continuidad en la fragilidad de la financiación autonómica y las restricciones del endeudamiento externo reclaman dilucidar la aceptabilidad social de la obtención de recursos complementarios, incluyendo la corresponsabilidad del usuario en el coste de las prestaciones y teniendo en cuenta la aleccionadora experiencia de la financiación de la LAPAD.⁴

Por otro lado, la complejidad y el alcance de la reasignación de responsabilidades administrativas y profesionales pondrá a prueba la disposición de los principales actores implicados tanto a una redistribución de prioridades presupuestarias como a su contribución, sin resistencias, a una mejora de la eficiencia y la productividad en la prestación de servicios.

La cronificación del desnivel presupuestario entre los departamentos de Bienestar Social y de Salud alerta sobre las previsibles consecuencias de un tratamiento insatisfactorio de la financiación para la implantación y consolidación de una transformación significativa de la actual provisión de servicios sociales y sanitarios.

Casi la mitad de los consultados consideran probable la incorporación sistemática y rigurosa del análisis prospectivo –demográfico y epidemiológico– de la demanda como elementos indispensables para fundamentar las previsiones de solvencia y sostenibilidad de la atención integrada en acción (P23).

La polarización de pronósticos –favorables y adversos– alrededor del mantenimiento hegemónico de la financiación fiscal del modelo integrado (P24) reclama atención. Esta bipolaridad contrasta con la predicción colectiva favorable al mantenimiento de aportaciones del usuario al coste de los servicios (P25).

La incertidumbre y el pronóstico adverso de los panelistas revelan la escasa probabilidad otorgada por la consulta a la materialización de un escenario de unificación de competencias y presupuestos de los actuales departamentos de Salud y de Bienestar Social (P26).

Tampoco se espera que el hipotético ahorro generado por la reducción de las estancias hospitalarias agudas evitables contribuya al restablecimiento de los servicios de atención comunitaria (P27), ni los consultados consideran verosímil la creación de un fondo específico de apoyo a la transformación requerida para la implantación de la atención social y sanitaria integrada (P39).

3.2.4. Remodelación de dispositivos e itinerarios asistenciales

Los panelistas se muestran esperanzados en que el trasvase y la adecuada derivación de los ingresos y las hospitalizaciones innecesarios harán inevitable la reconversión de los actuales dispositivos asistenciales de agudos, intermedios y de larga estancia (P31). Paradójicamente, este pronóstico coexiste con la escasa confianza del panel hacia la transición de la tradicional concepción de confinamiento “residencial” a la disponibilidad de viviendas y módulos independientes concebidos para estimular y promover la autodeterminación de la persona (P32).

3.2.5. Cambios en el estilo de liderazgo

La complejidad de la transformación organizativa, el cambio de paradigma asistencial y la nueva cultura relacional entre instituciones, profesionales y ciudadanos hace patente la importancia de la transición entre el tradicional y hegemónico liderazgo jerárquico y la incentivación de nuevas formas de liderazgo y gestión del talento.⁵⁻⁶

Destaca, en sentido contrario, la predicción mayoritaria de los consultados que anuncian la persistencia del liderazgo jerárquico frente al liderazgo inclusivo y compartido favorecedor de la implicación responsable y la descentralización de capacidad decisoria (P35, P36).

El contraste entre esta predicción y, en cambio, el pronóstico favorable a la corresponsabilidad del liderazgo profesional en el diseño y la implementación (P41) sugiere una posible zona de tensión obstaculizadora del proyecto.

3.3. INSTRUMENTOS FACILITADORES DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN

La experiencia internacional y la más cercana revelan que, junto con la comprensión compartida de la tipología, alcance y escala de la integración, como objetivo, también es un factor clave de impulso el diseño corresponsable de una estrategia de implantación concertada entre todos los actores implicados. Es decir, una estrategia flexible para adaptarse a la evaluación y la revisión secuencial de su progreso y dotada de instrumentos efectivos de apoyo de iniciativas locales, comunicación, *bench-*

marking, gestión del conocimiento y del cambio cultural y estímulo a la creación de nuevo talento profesional.

3.3.1. Instrumentos de participación y consenso

La implicación creativa de la pluralidad de actores, culturas profesionales y recursos implicados reclama la consolidación del consenso y la disponibilidad de marcos y procedimientos de corresponsabilidad y gestión relacional en los procesos de análisis, decisión, evaluación y revisión de las etapas críticas del proceso de implantación de la atención social y sanitaria integrada.

Salvo las reservas con las que se contempla mayoritariamente la suficiencia de recursos específicos para el sostenimiento del proceso de implantación (P39, P40), los panelistas comparten una visión positiva de la creación de estructuras de corresponsabilidad en la gestión de la implantación del modelo (P37) y del desarrollo de sistemas de evaluación sistemática de los resultados de cada fase de su desarrollo y de su revisión, si se tercia (P38).

También tiene una predicción positiva el pronóstico de implicación corresponsable del liderazgo profesional (P39).

3.3.2. Sistemas de información

La aplicación de formas avanzadas de las tecnologías de la información y la comunicación constituye un elemento destacado de conectividad y cohesión en el desarrollo corresponsable del modelo entre administraciones, sectores y niveles de atención, recursos, itinerarios asistenciales e interacción entre profesionales y ciudadanos.

En esta dimensión de apoyo al establecimiento de la atención integrada, los panelistas muestran un posicionamiento confiado tanto en lo que se refiere a la viabilidad y contribución de las TIC (P42) como, en concreto, a su contribución a la adopción generalizada de una historia social y sanitaria compartida (P43).

También confían en la disponibilidad de un espacio de demostración y difusión de apoyo en línea que favorezca la identificación de experiencias innovadoras de excelencia e incentive su difusión y adopción (P44).

3.3.3. Gestión del conocimiento

La experiencia internacional revisada recomienda prever un intervalo de tiempo considerable para disponer de pruebas fehacientes de consecución de los objetivos atribuibles a la provisión de atención integrada. La práctica de la gestión del conocimiento –interpretación, intercambio y aplicación de la información generada en el seno de las organizaciones propulsoras del cambio– constituye un factor de impulso multiplicador para obtener un feedback prospectivo y retrospectivo sobre la mejora en la calidad y la aportación de valor social de acuerdo con la evaluación de la efectividad y las experiencias asistenciales de los usuarios.⁷⁻⁸

La consulta aporta una alineación congruente de deseos y pronósticos positivos en relación con líneas de investigación aplicada concretas⁸ como la medida del progreso, regresión o estancamiento del proceso de implantación (P45), el conocimiento y la difusión del impacto –resultados y costes– de las experiencias de aplicación y valoración social del modelo (P46) y el establecimiento de dinámicas de mejora continua de la aplicación de la planificación conjunta –profesionales y ciudadanos– de itinerarios personales de atención.

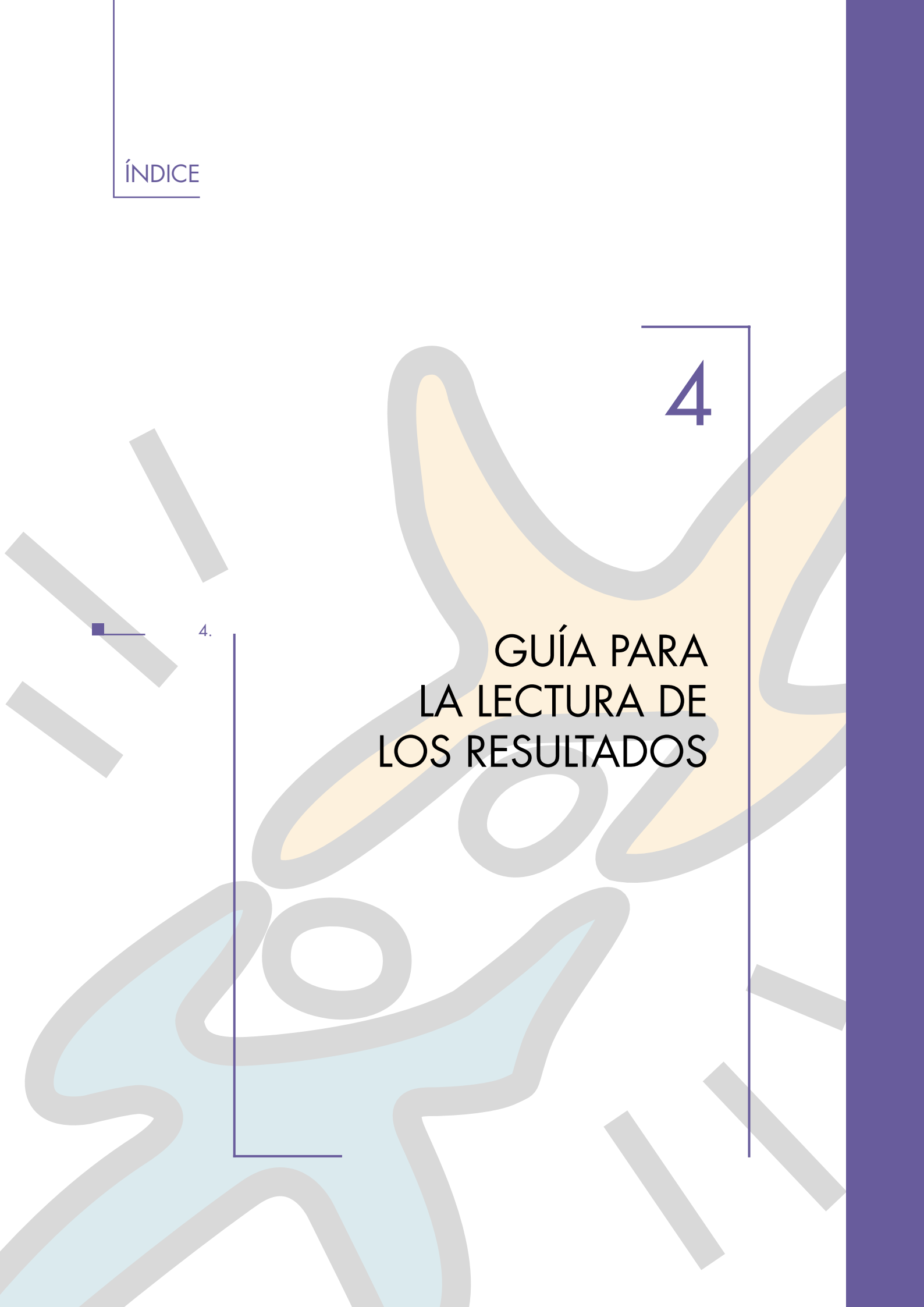
3.3.4. Reciclaje y formación de los recursos humanos

La coordinación interprofesional constituye una dimensión distintiva del desarrollo de la atención integrada, aunque reclama, además de motivación, procedimientos formalizados de adquisición de competencias en la asunción de nuevos roles, confianza mutua y gestión relacional en la complementación de culturas, prácticas y habilidades distintas en la complejidad de los procesos de decisión corresponsables.

La consulta aporta predicciones pronósticas divididas (36), favorables a la implantación de recursos específicos de formación y desarrollo profesional, de familiarización con nuevos roles y nuevas prácticas (P48) y de incorporación a la oferta educativa reglada, de formación profesional y superior, de contenidos curriculares específicos (P49).

4.

GUÍA PARA
LA LECTURA DE
LOS RESULTADOS



4. GUÍA PARA LA LECTURA DE LOS RESULTADOS

Relación de apartado temático con el número de orden de los escenarios de la consulta.
(P01 indica Escenario o Pregunta 01)

1. Expectativas y apoyo iniciales

1.1. La implantación de la atención social y sanitaria: argumentación Escenario P01

1.2. Apoyos

1.2.1. Apoyo personal Escenario P02

1.2.2. Apoyo institucional y legitimación social Escenarios P03, P04 y P05

2. Componentes principales de la atención integrada

2.1. Objetivos Escenarios P06, P07, P08 y P09

2.2. Centralidad de las personas Escenarios P10, P11, P12 y P13

3. Organización

3.1. Cobertura y cartera de servicios Escenarios P14, P15, P16 y P17

3.2. Dirección y gobernanza Escenarios P18, P19, P20, P21 y P22

3.3. Financiación Escenarios P23, P24, P25, P26 y P27

3.4. Adaptación de estructuras asistenciales Escenarios P28, P29, P30, P31 y P32

3.5. Profesionales y liderazgo Escenarios P33 y P34

3.5.1. Cambios en el estilo de liderazgo Escenarios P35 y P36

4. Instrumentos del proceso de implantación

4.1. Instrumentos de consenso del despliegue y la implantación Escenarios P37, P38, P39, P40 y P41

4.2. Sistemas de información Escenarios P42 y P43

4.3. Gestión del conocimiento Escenarios P44, P45, P46 y P47

4.4. Reciclaje y formación de los recursos humanos Escenarios P48 y P49

Presentación de las respuestas

* Consultar el capítulo 2 (Material y métodos), apartados: Proceso de recogida de datos, Análisis, Dispersión y concentración, Posicionamiento de los subgrupos y Diagrama de cajas.

RESULTADOS

5.1. Expectativas y apoyo iniciales	37
5.1.1. La implantación de la atención social y sanitaria interpretada: argumentación	37
5.1.2. Apoyos	38
5.2. Componentes principales de la atención integrada ..	40
5.2.1. Objetivos	40
5.2.2. Centralidad de las personas	42
5.3. Organización	44
5.3.1. Cobertura y cartera de servicios	44
5.3.2. Dirección y gobernanza	46
5.3.3. Financiación	49
5.3.4. Adaptación de estructuras asistenciales	51
5.3.5. Profesionales y liderazgo	54
5.4. Instrumentos del proceso de implantación	56
5.4.1. Instrumentos de consenso del despliegue y la implantación	56
5.4.2. Sistemas de información	58
5.4.3. Gestión del conocimiento	59
5.4.4. Reciclaje y formación de los recursos humanos	61

5. RESULTADOS

5.1. EXPECTATIVAS Y APOYO INICIALES

La atención integrada centrada en las personas es el resultado de la articulación en un proceso asistencial único de todos los servicios sanitarios y sociales para garantizar su adecuación, continuidad y longitudinalidad. La complejidad de la transformación de la configuración actual de los sistemas sanitario y de servicios sociales reclama un consenso inicial sobre la justificación del cambio de modelo y su implantación.

5.1.1. La implantación de la atención social y sanitaria integrada: argumentación

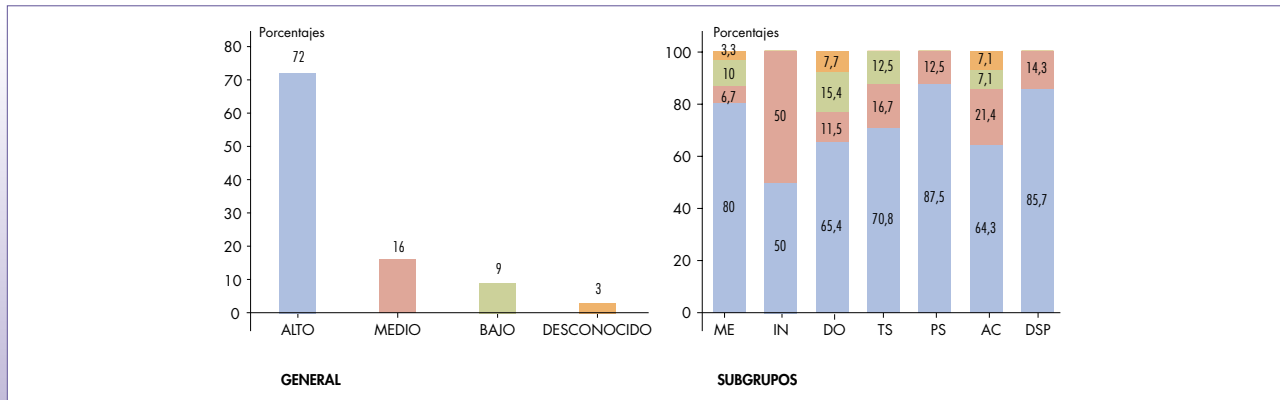
Indique, por favor, los tres motivos más importantes que, a su juicio, justifican la integración de la atención social y sanitaria:

10 motivos más compartidos	Motivos de discrepancia más compartidos
1. Respuesta asistencial holística centrada en la persona.	No está justificado el acceso a la integración de los servicios sociales y sanitarios en un único sistema para la totalidad de la población.
2. Integración de la perspectiva, la autonomía y las preferencias personales en las decisiones asistenciales que les afectan.	Oposición a la integración que genere la sanitización de los problemas sociales.
3. Cambio del patrón epidemiológico: cronicidad y comorbilidad.	Oposición a la integración completa de los servicios sociales y sanitarios.
4. Intenso envejecimiento demográfico.	Acuerdo sobre la coordinación, pero no sobre la integración.
5. Continuidad y longitudinalidad asistencial.	
6. Integración de los determinantes sociales de las necesidades de atención personal.	
7. Valoración del liderazgo y la contribución interdisciplinaria de los profesionales.	
8. Mejora (esperada) de la salud y el bienestar colectivos.	
9. Superación de la fragmentación de los itinerarios asistenciales con un aumento (potencial) de la eficiencia social.	
10. Evaluación transparente de los resultados, la experiencia asistencial personal y la incentivación de la buena práctica.	

5.1.2. Apoyos

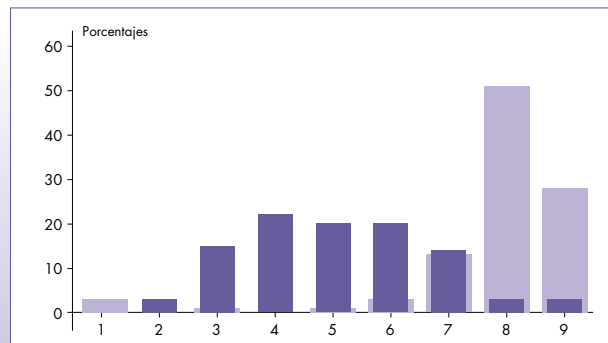
5.1.2.1. Apoyo personal

P02 ¿Qué apoyo ofrece personalmente a la propuesta de implantación de la atención social y sanitaria?



5.1.2.2. Apoyo institucional y legitimación social

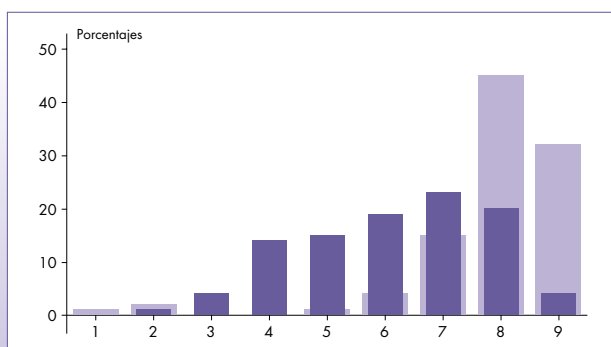
P03 En los próximos cinco años el establecimiento de la atención integrada constituirá uno de los compromisos centrales de los programas electorales sobre política de bienestar de los partidos políticos



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	4

El grupo manifiesta un deseo totalmente favorable al escenario propuesto, con una significativa polarización de los pronósticos: 40% a favor y 40% en contra, con un 20% de incertidumbre.

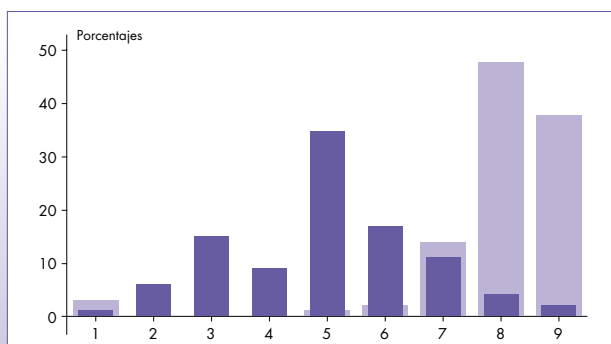
P04 En los próximos cinco años la ciudadanía y sus entidades de representación civil identificarán y aceptarán la atención integrada como un elemento de mejora de la calidad asistencial de los servicios de salud y los servicios sociales



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	8	6
P25	8	5

La superposición de las distribuciones de deseos y pronósticos –siendo los deseos más marcados– revela una predicción colectiva verosímil.

P05 En los próximos cinco años la mayoría de profesionales del sistema sanitario y de los servicios sociales apoyarán y contribuirán al establecimiento y consolidación de la atención integrada



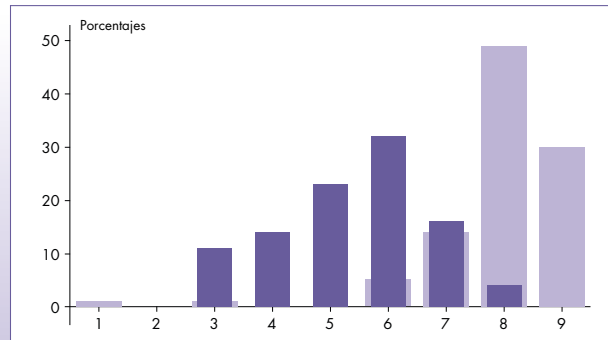
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	4

El destacado deseo favorable de los panelistas se asocia con un pronóstico dividido –31% favorable y 31% adverso–, centrado claramente en un destacado 35% de ambigüedad.

5.2. COMPONENTES PRINCIPALES DE LA ATENCIÓN INTEGRADA

5.2.1. Objetivos

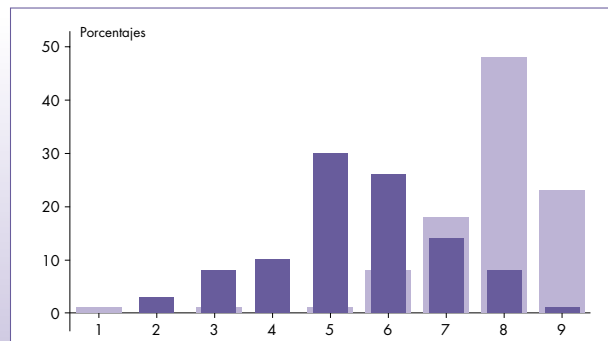
P06 En los próximos cinco años la transformación del actual sistema en un modelo de atención integrada permitirá mejorar los resultados en salud y calidad de vida poblacional e individual



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	6
P25	8	4,3

La clara coincidencia en el deseo de los panelistas se corresponde con un pronóstico moderadamente favorable (52%), con un 23% de indecisos.

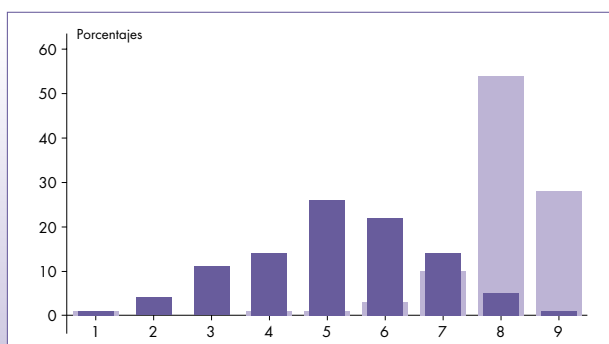
P07 En los próximos cinco años la transformación del actual sistema en un modelo de atención integrada permitirá enriquecer la experiencia asistencial recibida



General	Deseo	Pronóstico
P75	8	6
Mediana	8	5
P25	7	5

Pronóstico moderadamente favorable (49%), con una reserva o incertidumbre significativa de un 30% de panelistas.

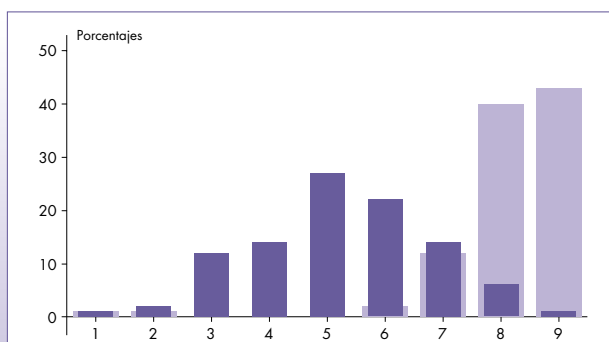
P08 En los próximos cinco años la transformación del actual sistema en un modelo de atención integrada permitirá contribuir a la sostenibilidad del sistema de bienestar y garantizar la utilización más adecuada de los recursos disponibles



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	4

Pronóstico favorable de la mitad de los panelistas –con una cuarta parte de indecisos– en correspondencia con un deseo colectivo positivo claramente mayoritario.

P09 En los próximos cinco años la transformación del actual sistema en un modelo de atención integrada permitirá garantizar una respuesta proactiva, planeada y adaptada al perfil de complejidad de las necesidades de atención



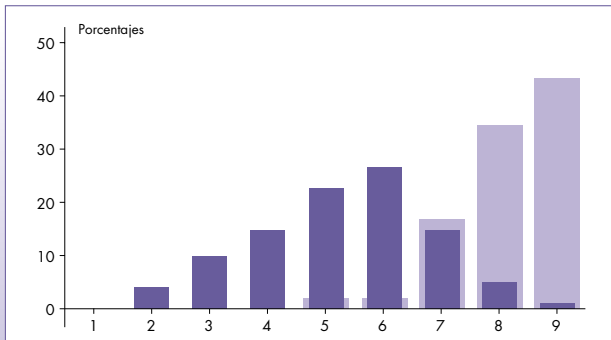
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	4

La incertidumbre (27%) y el pronóstico adverso (40%) superan la esperanza (43%) en el cumplimiento de la propuesta a pesar del fuerte consenso en el deseo.

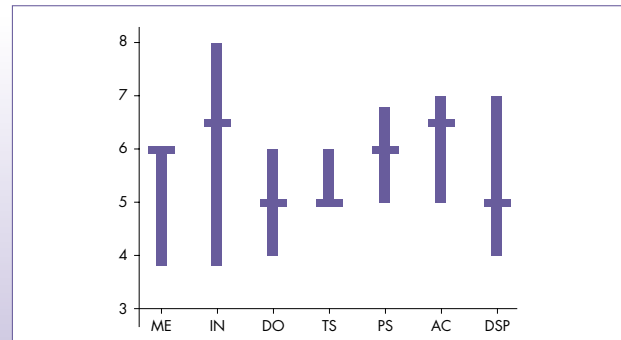
5.2.2. Centralidad de las personas

El ajuste del sistema asistencial a las necesidades y la autonomía de las personas, contrariamente a la situación actual, constituye uno de los rasgos diferenciadores de la atención conjunta social y sanitaria.

P10 En los próximos cinco años las personas podrán asumir un rol activo y corresponsable en la toma de decisiones asistenciales y el autocuidado



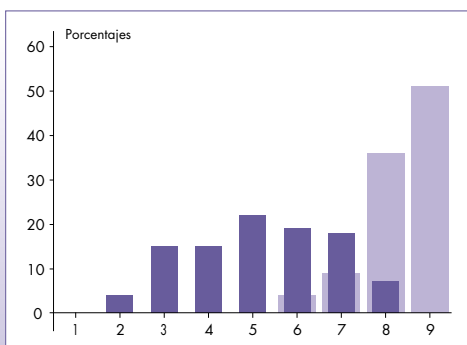
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	4



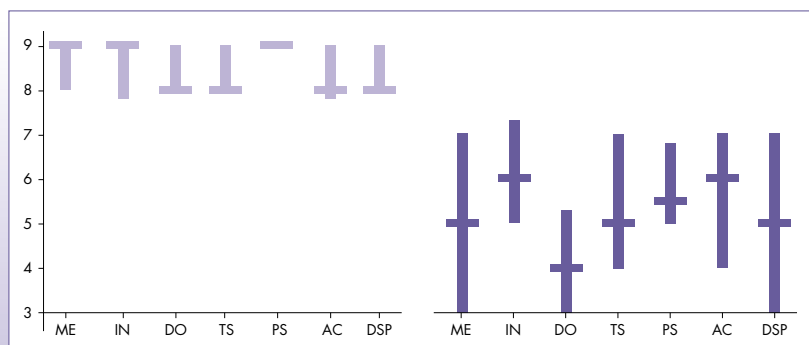
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6	8	6	6	6,8	7	7
Mediana	6	6,5	5	5	6	6,5	5
P25	3,8	3,8	4	5	5	5	4

Consenso favorable a la asunción de corresponsabilidad en las decisiones asistenciales asociada con un pronóstico positivo, ligeramente mayoritario (48%), con un 23% de posiciones situadas en la incertidumbre. Los subgrupos de enfermería y de los directivos de instituciones privadas expresan una mayor dispersión –variedad de posiciones pronósticas– que el conjunto de los panelistas.

P11 En los próximos cinco años las preferencias y los valores de las personas y su proyecto vital disfrutarán del máximo reconocimiento y respeto



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6,8
Mediana	9	5
P25	8	4

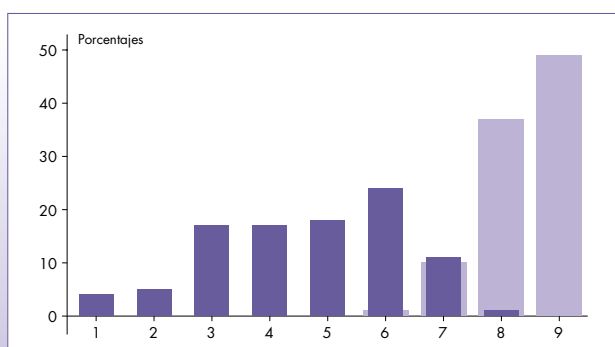


Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	9	9	9	9	9	9	9
Mediana	9	9	8	8	9	8	8
P25	8	7,8	8	8	9	7,8	8

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	7	7,3	5,3	7	6,8	7	7
Mediana	5	6	4	5	5,5	5,5	5
P25	3	5	3	4	5	4	3

El deseo claramente favorable a la propuesta se asocia con una discreta mayoría de panelistas (44%) que proponen un pronóstico positivo, una proporción de dudosos del 22% y una predicción adversa compartida por el 34%. Sin diferir de la dispersión de la predicción general, destaca la pluralidad de posiciones pronósticas de los médicos y de los directivos de organizaciones privadas y, con menor variabilidad, los componentes de los subgrupos de trabajadores sociales y de altos cargos y directivos del sector público.

P12 En los próximos cinco años las personas que lo deseen podrán vivir de forma independiente en su hogar o en viviendas con servicios cercanos a su comunidad, manteniendo los vínculos de convivencia familiares y sociales



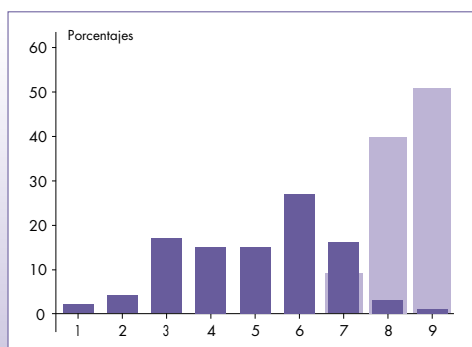
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	3



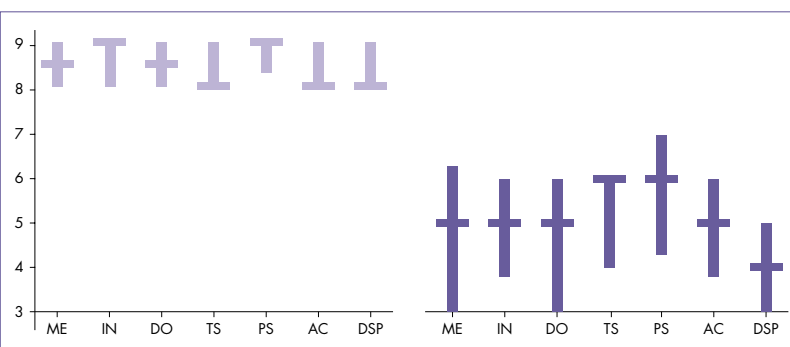
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6	6	6	6	7	6	5
Mediana	4	4	5	5	6	5	3
P25	3	3	3	3,3	4,3	3,8	2

Son destacables el predominio de un pronóstico poco optimista de los consultados (43%) y el 18% de indecisión en relación con la materialización de uno de los principios básicos de la integración social y sanitaria centrada en la persona, como es el respeto y la promoción de la autonomía y la independencia. Médicos, profesionales de la enfermería, el subgrupo de docentes e investigadores de política social y los directivos de establecimientos privados comparten una notable diversidad de opiniones pronósticas con el grupo de los directivos de instituciones privadas más escéptico.

P13 En los próximos cinco años las personas que lo necesitan recibirán atención social y sanitaria continuada a lo largo de itinerarios y transiciones asistenciales planeados conjuntamente con los profesionales



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	4



Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	9	9	9	9	9	9	9
Mediana	8,5	9	8,5	8	9	8	8
P25	8	8	8	8	8,3	8	8

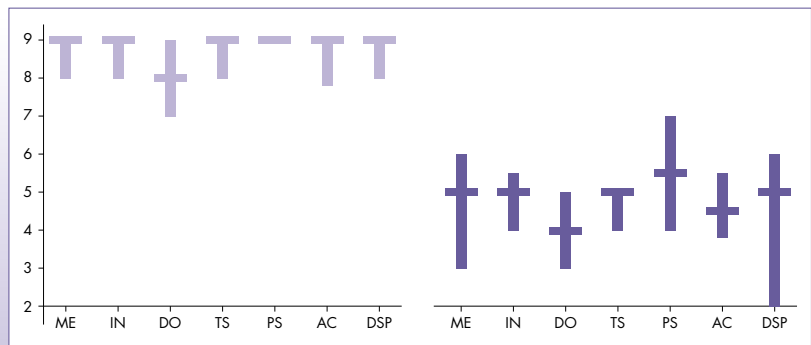
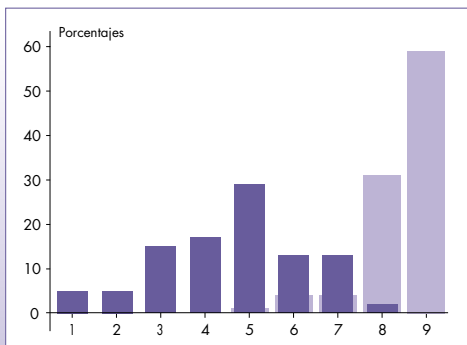
La propuesta descansa en un pronóstico favorable (52%), con un 38% de predicciones adversas. En la comparación del pronóstico entre subgrupos, los médicos y los trabajadores sociales muestran una dispersión relativamente superior, aunque moderada.

5.3. ORGANIZACIÓN

La vertebración de los rasgos diferenciales de la atención integrada reclama un liderazgo sólido y a su vez inclusivo por parte del Gobierno de la Generalitat para revisar, regular y cohesionar la cobertura poblacional, la cartera de servicios, los criterios de acceso y derivación, la sostenibilidad financiera, el guiado y la supervisión y su consolidación. En este proceso de remodelación deberán tener expresión territorial los principios de subsidiariedad, complementariedad, corresponsabilidad y continuidad asistencial.

5.3.1. Cobertura y cartera de servicios

P14 En los próximos cinco años el modelo de atención integrada establecerá su cobertura como universal. Todos los ciudadanos con necesidad de atención social y sanitaria o de intervenciones preventivas o de mantenimiento de la buena salud recibirán atención integrada e integral



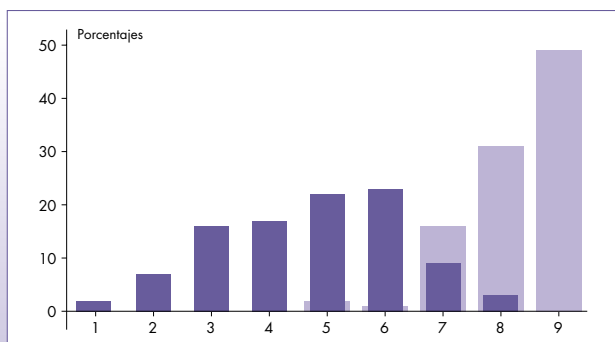
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	9	5
P25	8	3

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	9	9	9	9	9	9	9
Mediana	9	9	8	9	9	9	9
P25	8	8	7	8	9	7,8	8

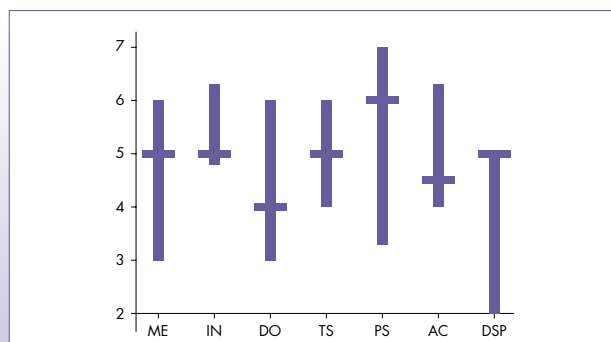
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6	5,5	5	5	7	5,5	6
Mediana	5	5	4	5	5,5	4,5	5
P25	3	4	3	4	4	3,8	2

Predomina el pronóstico desfavorable a la universalización (42%), con un significativo 29% de indecisión en contraste con el consenso en el deseo favorable a la propuesta. El subgrupo de los directivos de organizaciones privadas destaca por su mayor dispersión de valores extremos, seguido de las distribuciones más discretas de médicos y psicólogos.

P15 En los próximos cinco años el modelo de atención integrada establecerá su cobertura como adaptada. Tanto para la población sana como para el perfil de complejidad y concurrencia de problemas en grupos de población con necesidades específicas: mayores, dependencia, enfermos con multimorbilidad, enfermos terminales, salud mental, adicciones, personas con discapacidad...



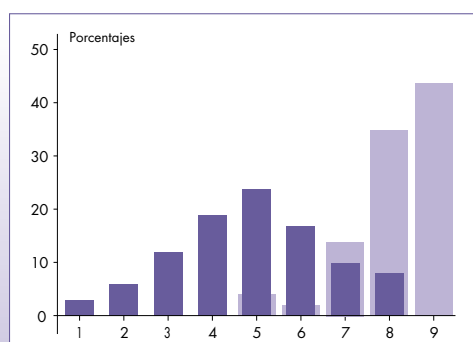
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	3



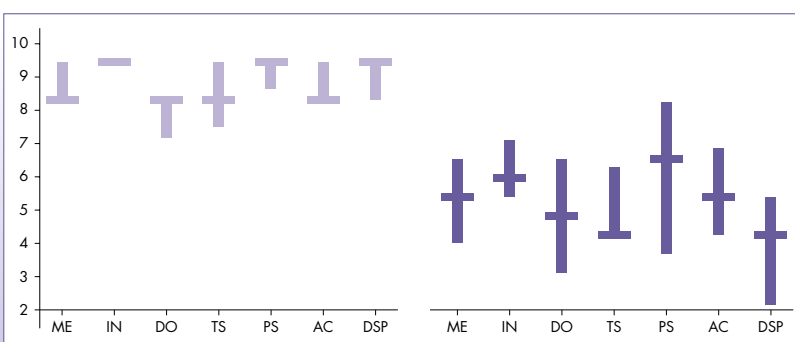
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6	6,3	6	6	7	6,3	5
Mediana	5	5	4	5	6	4,5	5
P25	3	4,8	3	4	3,3	4	2

Al deseo favorable al escenario propuesto le corresponde un pronóstico adverso (42,4%), con un 22% de posiciones de indeterminación. Los pronósticos de los psicólogos son más dispersos, aunque más esperanzados, que la tendencia general, destacando el predominio de la puntuación pronóstica adversa de los directivos de organizaciones privadas.

P16 En los próximos cinco años el modelo de atención integrada establecerá su cobertura como explícita. La cartera de servicios establecerá explícitamente la tipología de recursos, dispositivos asistenciales y prestaciones sociales y sanitarias, así como los criterios de su inclusión y exclusión



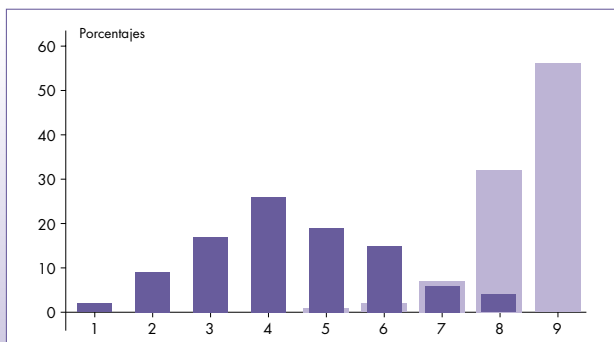
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	4



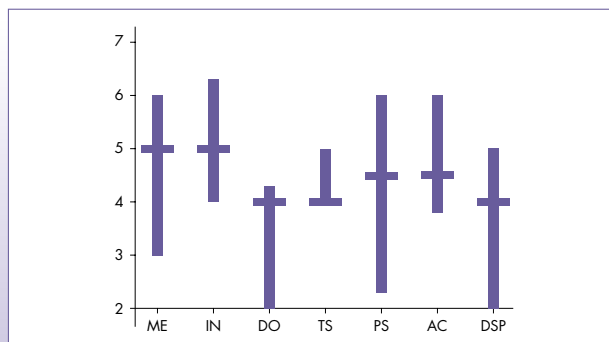
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	9	9	8	9	9	9	9
Mediana	8	9	8	8	9	8	9
P25	8	9	7	7,3	8,3	8	8

Pronóstico dividido entre posiciones favorables (35%) y antagónicas (40,4%), con una cuarta parte de panelistas dudosos. El subgrupo de los psicólogos manifiesta una dispersión en el pronóstico ligeramente superior –y discretamente más favorable– a la general y con un predominio de puntuaciones adversas del subgrupo de directivos de organizaciones privadas.

P17 En los próximos cinco años la cartera integrada de servicios garantizará una atención igual para una necesidad igual



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	5,8
Mediana	9	4
P25	8	3



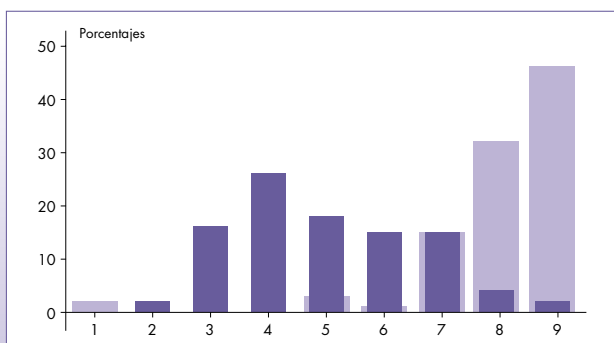
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6	6,3	4,3	5	6	6	5
Mediana	5	5	4	4	4,5	4,5	4
P25	3	4	2	4	2,3	3,8	2

La prominente distancia entre las distribuciones y los deseos y pronósticos del panel revela un antagonismo destacado entre la unanimidad favorable al escenario y un pronóstico contrario a su ocurrencia. Solo el subgrupo de los psicólogos presenta una dispersión similar a la general, seguido del de los médicos y del de los directivos de organizaciones privadas. Los pronósticos de los subgrupos de enfermería y trabajadores sociales se agrupan de forma más compacta en torno de la duda.

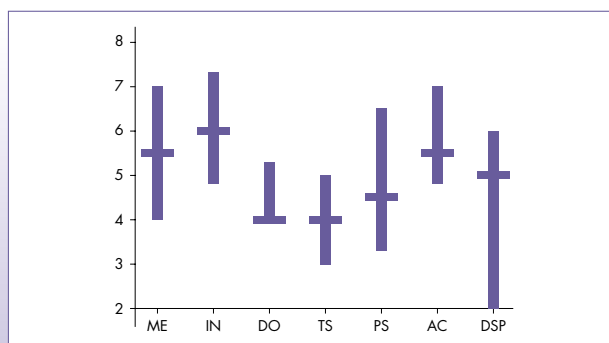
5.3.2. Dirección y gobernanza

La instauración y consolidación de la atención social y sanitaria integrada reclama el establecimiento de un marco legal propio, de apoyo a la nueva configuración organizativa y su expresión territorial.

P 18 En el curso de los próximos cinco años el Gobierno de la Generalitat asumirá la regulación, organización, financiación, planificación general y establecimiento de la cartera de servicios y los criterios de acceso comunes para todo el territorio



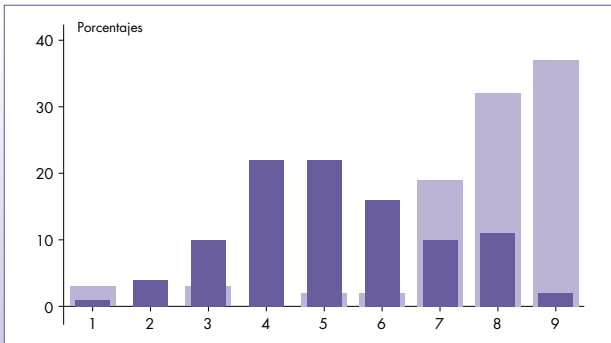
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	4



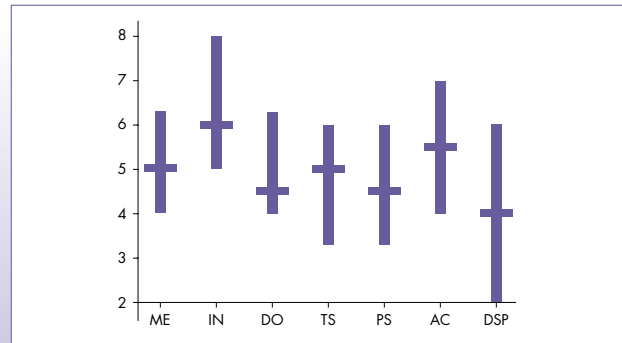
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	7	7,3	5,3	5	6,5	7	6
Mediana	5,5	6	4	4	4,5	5,5	5
P25	4	4,8	4	3	3,3	4,8	2

Pronóstico de escasa confianza (45%), con un 18% de indefinición en la asunción de la plena dirección del establecimiento de la integración social y sanitaria a pesar del deseo favorable. Destaca la dispersión, con predominio de los pronósticos adversos, en el pronóstico de los componentes del subgrupo de directivos de instituciones privadas, superior a la dispersión más moderada de los subconjuntos de los médicos y de los psicólogos.

P19 En el curso de los próximos cinco años se implantará un marco legislativo específico para la regulación del nuevo modelo de atención integrada



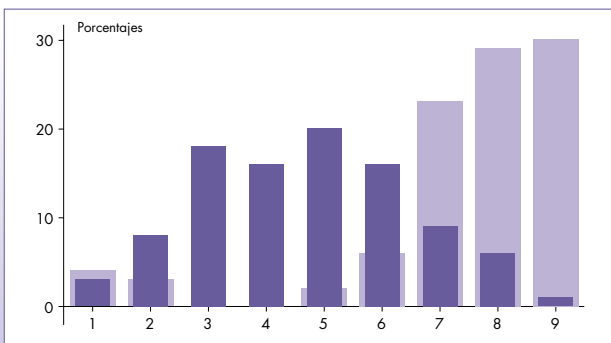
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	7	4



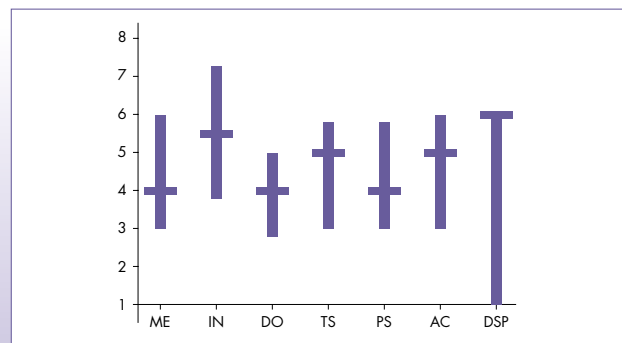
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6,3	8	6,3	6	6	7	6
Mediana	5	6	4,5	5	4,5	5,5	4
P25	4	5	4	3,3	3,3	4	2

A la plena identificación propicia a la propuesta de los consultados le corresponde un pronóstico colectivo polarizado –entre desconfianza (37,7%) y leve esperanza (39,7%)–, con una proporción del 22% de panelistas dudosos. También en este escenario predomina la mayor dispersión pronóstica del subgrupo de directivos de instituciones privadas, a diferencia de los subgrupos de enfermería –ligeramente más favorable– y altos cargos y directivos con dispersiones más ajustadas a la del panel general.

P20 En el curso de los próximos cinco años la regulación de la externalización de servicios sanitarios y sociales alineará los sectores empresarial y voluntario con los principios, objetivos y criterios asistenciales establecidos por el Gobierno y con la evaluación comparativa de la calidad y los resultados



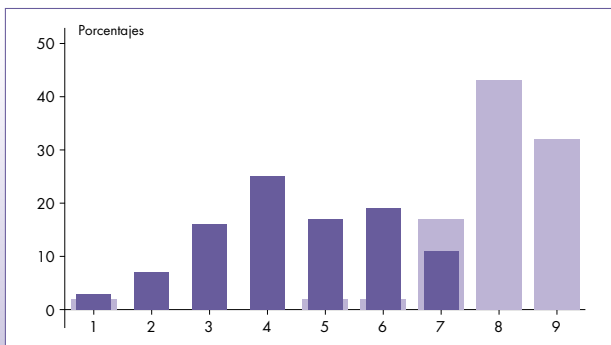
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	7	3



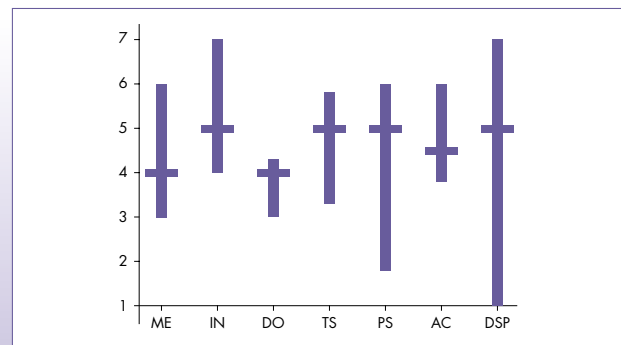
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6	7,3	5	5,8	5,8	6	6
Mediana	4	5,5	4	5	4	5	6
P25	3	3,8	2,8	3	3	3	1

La propuesta es claramente deseada y suscrita por el conjunto de los panelistas, que manifiestan, sin embargo, un pronóstico poco confiado (46,3%) e incierto (20%) sobre su cumplimiento en el horizonte de la consulta. El posicionamiento del subgrupo de directivos de organizaciones privadas se revela altamente disperso –con un amplio intervalo de posiciones entre el pronóstico levemente favorable y el totalmente adverso– mientras que el resto de subgrupos muestran dispersiones, menos extremas, alrededor de la tendencia general.

P21 En el curso de los próximos cinco años se habrá definido la dimensión territorial y la gobernanza, con la coordinación de los servicios territoriales de los departamentos y las autoridades locales y con la asunción compartida del nuevo modelo



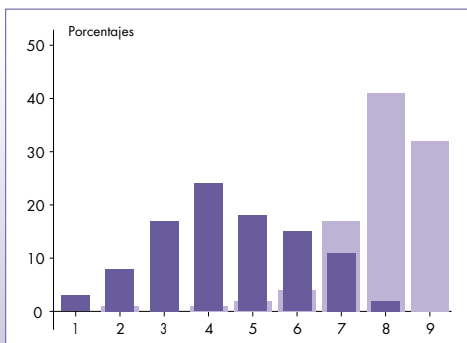
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	4
P25	7,3	3



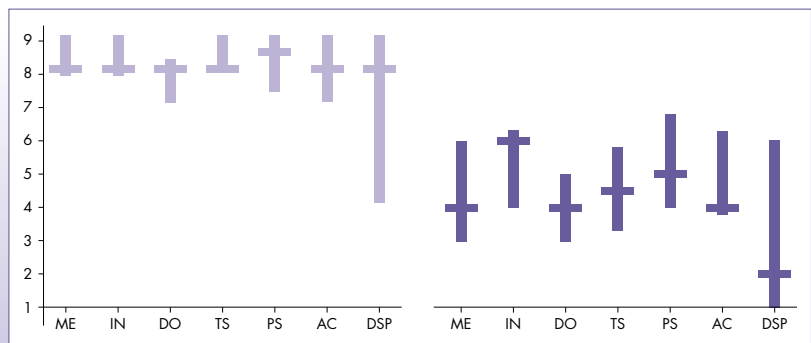
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6	7	4,3	5,8	6	6	7
Mediana	4	5	4	5	5	4,5	5
P25	3	4	3	3,3	1,8	3,8	1

En contraste con la aspiración favorable del panel a la propuesta, más de la mitad de los consultados expresan un pronóstico desfavorable (52,04%), con un 17% de predicciones indeterminadas. En el pronóstico de los subgrupos destaca la amplitud de la dispersión y diversidad de posiciones –desde una esperanza leve a un rechazo claro– de los directivos de instituciones privadas y de los psicólogos en comparación con las dispersiones más moderadas de médicos y profesionales de la enfermería.

P22 En el curso de los próximos cinco años las administraciones municipales y las asociaciones de municipios actualizarán sus competencias, responsabilidades y recursos conforme a los principios de subsidiariedad, continuidad asistencial y resolubilidad



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	4
P25	7	3



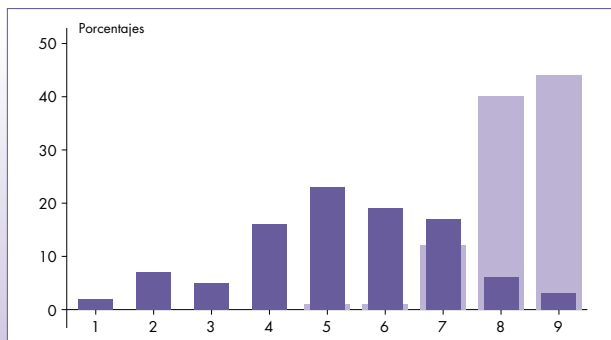
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	9	9	8,3	9	9	9	9
Mediana	8	8	8	8	8,5	8	8
P25	7,8	7,8	7	8	7,3	7	4

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6	6,3	5	5,8	6,8	6,3	6
Mediana	4	6	4	4,5	5	4	2
P25	3	4	3	3,3	4	3,8	1

Más de la mitad del total de los panelistas manifiestan una predicción pronóstica contraria (53%) y de poca convicción (18,3%) en relación con la propuesta. En la comparación de los subgrupos destaca la considerable dispersión del subgrupo de los directivos de organizaciones privadas, que plantea el pronóstico menos favorable a la propuesta. Los subgrupos de los médicos y los psicólogos se encuentran en posiciones de menor dispersión.

5.3.3. Financiación

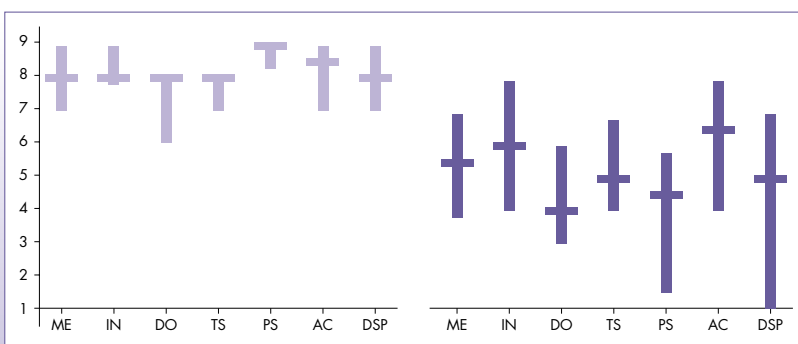
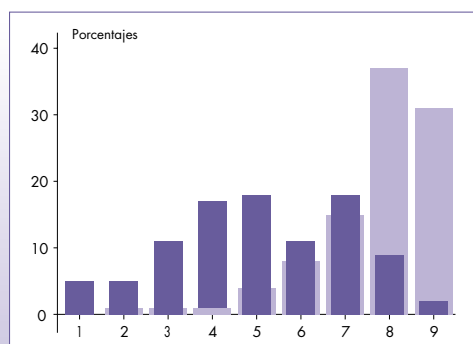
P23 En el curso de los próximos cinco años las predicciones demográficas solventes de evolución de la demanda y del gasto asociado formarán parte de la visión estratégica del desarrollo y la sostenibilidad del modelo



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	8	5
P25	8	4

Solo un 44% considera que las predicciones demográficas y las previsiones asociadas a la dinámica del gasto formarán parte de las estimaciones anticipativas de la sostenibilidad del nuevo modelo.

P24 En el curso de los próximos cinco años la financiación de la atención integrada se basará en los impuestos generales



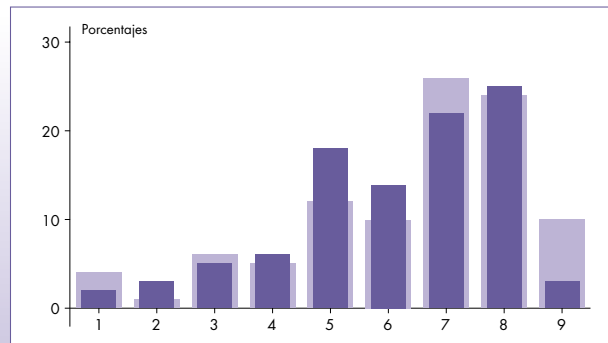
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	8	5
P25	7	3,3

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	9	9	8	8	9	9	9
Mediana	8	8	8	8	9	8,5	8
P25	7	7,8	6	7	8,3	7	7

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	7	8	6	6,8	5,8	8	7
Mediana	5,5	6	4	5	4,5	6,5	5
P25	3,8	4	3	4	1,5	4	1

Ante un deseo favorable, los panelistas mantienen predicciones de pronóstico divididas: un 41,6% así lo espera, mientras que un 39,55% no confía en ello. La mayoría de los subgrupos expresa opiniones pronósticas notablemente dispersas, destacando la diversidad de pareceres de los directivos de instituciones privadas, seguido de la variabilidad de los profesionales de la enfermería, los psicólogos y los altos cargos y directivos del sector público.

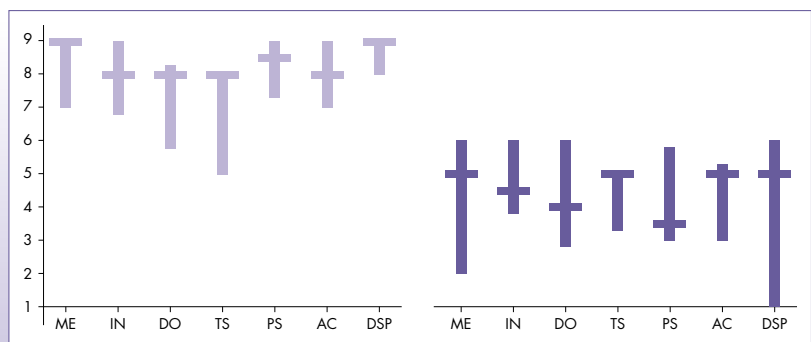
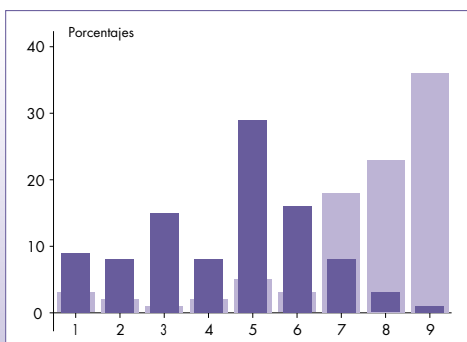
P25 En el curso de los próximos cinco años la financiación de la atención integrada requerirá aportaciones de los usuarios acordes con su nivel de renta



General	Deseo	Pronóstico
P75	8	8
Mediana	7	6,5
P25	5	5

El solapamiento del deseo y del pronóstico indica que la notable conformidad del panel con el escenario encaja con el pronóstico mayoritario (65,3%) de confirmación del mantenimiento de fórmulas de copago.

P26 La viabilidad financiera de la atención integrada requerirá la unificación de las competencias y los presupuestos de los departamentos de Salud y de Bienestar Social



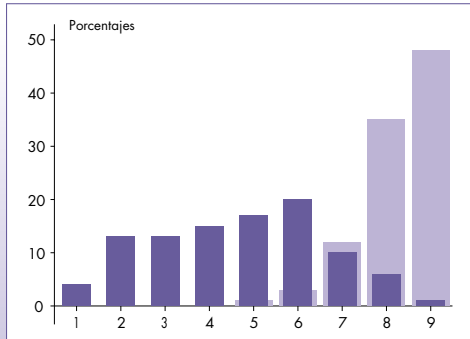
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	7	3

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	9	9	8,3	8	9	9	9
Mediana	9	8	8	8	8,5	8	9
P25	7	6,8	5,8	5	7,3	7	8

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6	6	6	5	5,8	5,3	6
Mediana	5	5,5	4	5	3,5	5	5
P25	2	3,8	2,8	3,3	3	3	1

Con un distanciamiento notable entre los valores centrales de las distribuciones de deseos y de pronósticos, un 41% de los panelistas no espera que se alcance la integración formal completa entre los departamentos de Salud y de Bienestar Social, y un destacado 30% se muestra indeciso. Los subgrupos de los directivos de organizaciones privadas y los médicos presentan distribuciones superiores a la general, con una notable disparidad de valoraciones pronósticas. Los subgrupos de docentes e investigadores de política social y de psicólogos muestran una distribución de valores más equilibrada.

P27 En el curso de los próximos cinco años la transformación del actual modelo de atención en un modelo preventivo, proactivo y coordinado favorecerá la reducción de las estancias hospitalarias agudas potencialmente evitables y el ahorro consiguiente contribuirá a la financiación de los servicios de atención de las personas en la comunidad



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	3

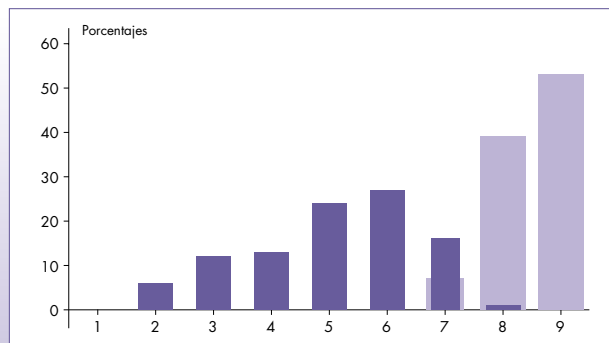
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	9	9	9	9	9	9	9
Mediana	8	9	8,5	8	9	8,5	9
P25	8	8	8	7	7,3	8	8

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6,3	6,5	6	6	6,8	7	8
Mediana	5	5	3,5	5	5,5	5,5	4
P25	3	4	2	3	3,3	4	2

Aunque una mayoría consistente de los panelistas manifiesta quererlo, el 45,4% no lo cree posible, en contraste con un 39,3% que lo espera y un 17,1% que muestra una predicción indecisa. Mientras que el deseo de los subgrupos se alinea con el general, en el pronóstico destacan las dispersiones, con mayor pluralidad de posiciones de los directivos de organizaciones privadas, docentes e investigadores de política social y psicólogos. Los médicos, trabajadores sociales y altos cargos y directivos del sector público presentan distribuciones más agrupadas.

5.3.4. Adaptación de estructuras asistenciales

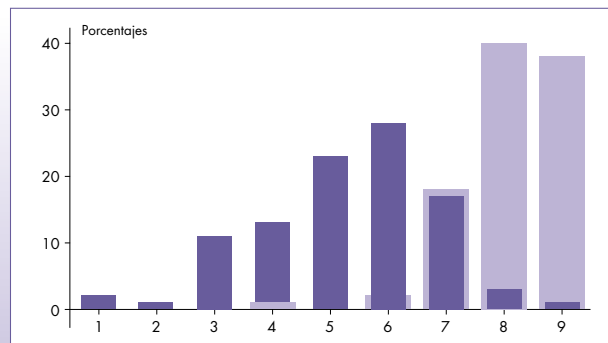
P28 En los próximos cinco años la respuesta asistencial del sistema integrado será personalizada y proporcionada a la complejidad, gravedad y riesgo de las enfermedades y a la vulnerabilidad social de las personas



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	9	5
P25	8	4

Mayoría coincidente en un deseo fuertemente cohesionado a favor del escenario propuesto, con un discreto predominio del pronóstico positivo (44,4%) y una cuarta parte de los panelistas que muestran incertidumbre.

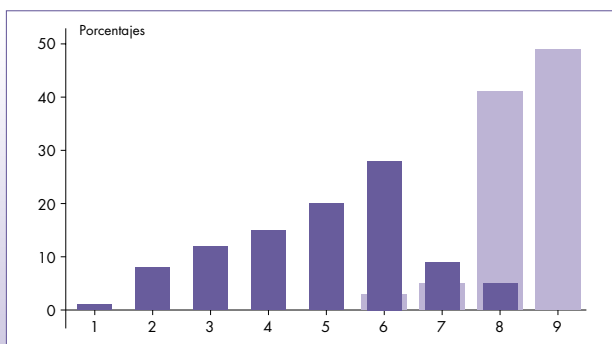
P29 En los próximos cinco años se establecerá un patrón general de coordinación y adecuación para el acceso, derivación y utilización de los niveles y la tipología de los recursos asistenciales de los ámbitos social y sanitario



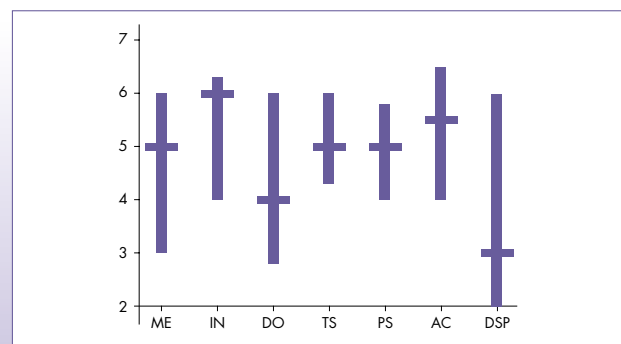
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	4

La mitad de los panelistas no creen que se establezcan patrones generales de coordinación en el acceso, derivación y utilización de los niveles asistenciales y los dispositivos correspondientes, y una cuarta parte comparte incertidumbre.

P30 En los próximos cinco años el nuevo modelo garantizará la coordinación y la continuidad asistencial basada en la práctica conjunta entre profesionales de los servicios sociales y sanitarios de todos los niveles de atención, y entre ellos y las personas atendidas



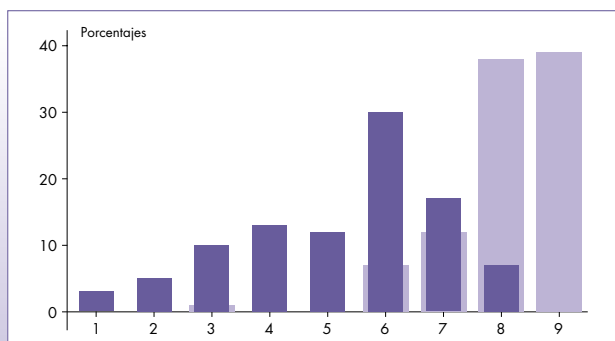
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	4



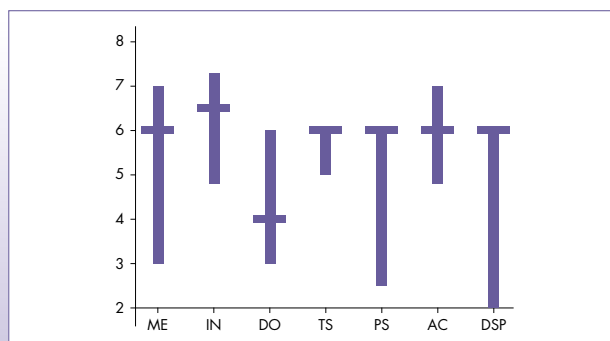
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6	6,3	6	6	5,8	6,5	6
Mediana	5	6	4	5	5	5,5	3
P25	3	4	2,8	4,3	4	4	2

Deseo de realización del escenario plenamente consensuado, con división de posiciones en las predicciones pronósticas, favorables (42,8%) y adversas (36,7%), con un 20,4% de pronósticos indecisos. La distribución de pronósticos más dispersa –con predominio de los valores adversos a la propuesta– corresponde al colectivo de los directivos de organizaciones privadas en comparación con las más ajustadas de los médicos y de los docentes e investigadores de política social.

P31 En los próximos cinco años el trasvase y la derivación de las personas hospitalizadas innecesariamente o de forma inadecuada y la reducción de los ingresos potencialmente evitables harán necesaria la reconversión y el redimensionamiento de los actuales dispositivos de atención hospitalaria aguda, intermedia y de larga estancia



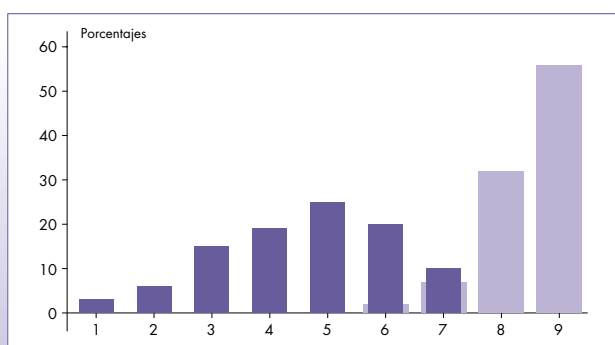
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	6
P25	8	4



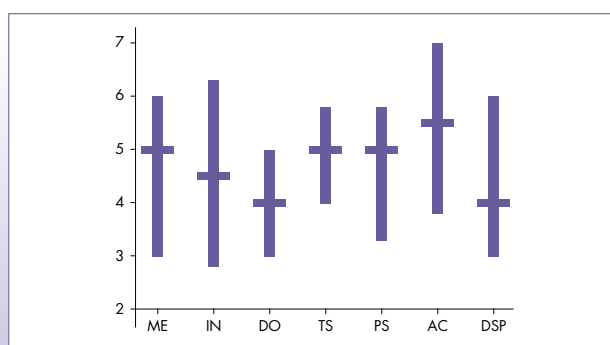
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	7	7,3	6	6	6	7	6
Mediana	6	6,5	4	6	6	6	6
P25	3	4,8	3	5	2,5	4,8	2

Alineación de un deseo favorable ampliamente consensuado, con predominio de un pronóstico positivo congruente (55,6%) comparado con la predicción (28,9%) de los panelistas menos convencidos. Los subgrupos de los directivos de organizaciones privadas, médicos y psicólogos muestran las dispersiones predictivas –predicciones– más destacadas y los mayores intervalos entre sus valores extremos.

P32 En los próximos cinco años las personas que lo deseen podrán vivir con independencia en centros residenciales o en su domicilio, donde disfrutarán de una atención integrada social y sanitaria



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	3



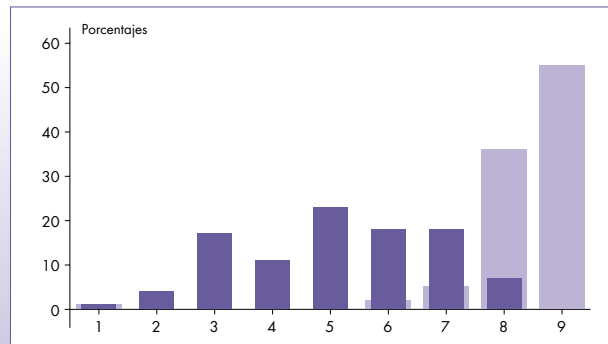
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6	6,3	5	5,8	5,8	7	6
Mediana	5	4,5	4	5	5	5,5	4
P25	3	2,8	3	4	3,3	3,8	3

Escenario mayoritariamente deseado, sin excepción, por los panelistas, pero vinculado a un pronóstico antagónico (43,8% de las predicciones contrarias), una proporción de indecisos del 25,5% y una minoría de pronósticos favorables del 30,6%. Las distribuciones de pronóstico de los subgrupos se ajustan sin desviaciones remarcables al patrón general, con una dispersión ligeramente mayor correspondiente a los colectivos de enfermería y de altos cargos y directivos del sector público.

5.3.5. Profesionales y liderazgo

La efectividad y la consolidación de la atención integrada reclama la capacidad y el compromiso de los profesionales de primera línea –gestores y prestadores de servicios– en la asunción de nuevas responsabilidades, formas de trabajo y relaciones interprofesionales.

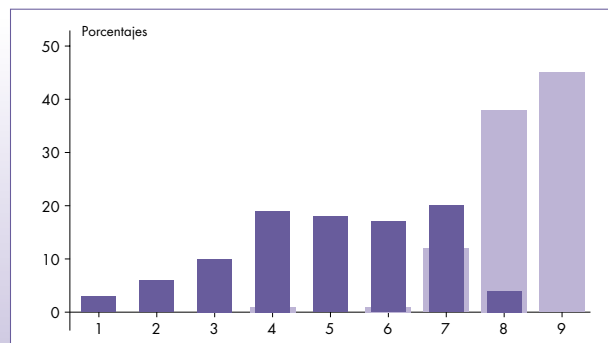
P33 En los próximos cinco años los profesionales de los servicios de salud y los servicios sociales tendrán el apoyo y la formación necesaria para poder desarrollar sus nuevas funciones en este modelo



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6,8
Mediana	9	5
P25	8	4

Deseo plenamente compartido con un pronóstico general ligeramente favorable (43,3%) y un 23,2% de manifestaciones de indecisión.

P34 En los próximos cinco años la gobernanza territorial compartida priorizará y apoyará el impulso innovador de las unidades y los equipos pluridisciplinarios de base territorial comunitaria



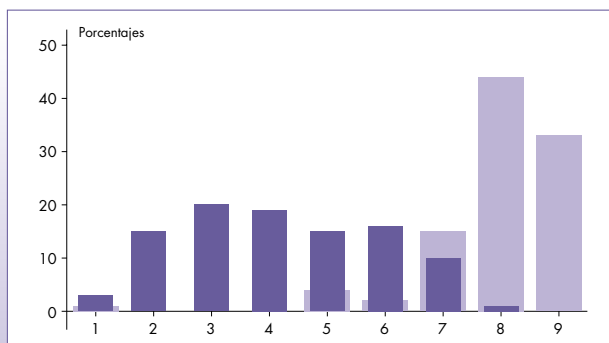
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	4

El panel suscribe plenamente el escenario sugerido, en contraste con un pronóstico escindido entre predicciones favorables (42,2%) y apuestas (39,1%).

5.3.5.1. Cambios en el estilo de liderazgo

El liderazgo colectivo distribuye poder de decisión entre los que demuestran capacidad inclusiva de trabajo compartido, experiencia y motivación en el seno de los equipos interprofesionales. Su implantación fortalece y cohesiona la gestión asistencial integradora.

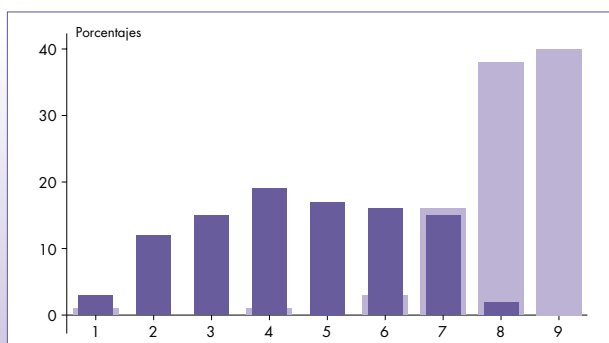
P35 En los próximos cinco años el liderazgo jerárquico se verá sustituido por el liderazgo colectivo, con una distribución de responsabilidades compartidas y capacidad de decisión



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	4
P25	8	3

Destaca el contraste entre la adhesión general al cambio en la naturaleza del liderazgo planteado por el escenario y un pronóstico mayoritariamente adverso del 57,5% de los panelistas y un 19,1% de predicciones indeterminadas.

P36 En los próximos cinco años la incorporación del liderazgo colectivo se verá favorecida por el desarrollo de las competencias de gestión relacional entre los profesionales, la facilitación del diálogo y el perfeccionamiento de los procesos de decisión conjunta



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	4,5
P25	8	3

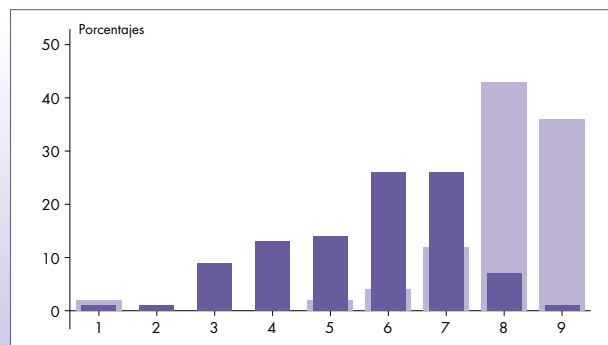
Conviene observar que la mitad de los panelistas expresan pronósticos negativos, con un 17,1% de dudosos y un 38,3% de favorables, ante la práctica unanimidad en el deseo de que se cumpla el escenario propuesto.

5.4. INSTRUMENTOS DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN

La experiencia internacional sobre el establecimiento de sistemas integrados muestra la importancia de una estrategia de implantación basada en la evaluación sistemática y sucesiva de sus fases con flexibilidad para revisiones y ajustes.

5.4.1. Instrumentos de consenso del despliegue y la implantación

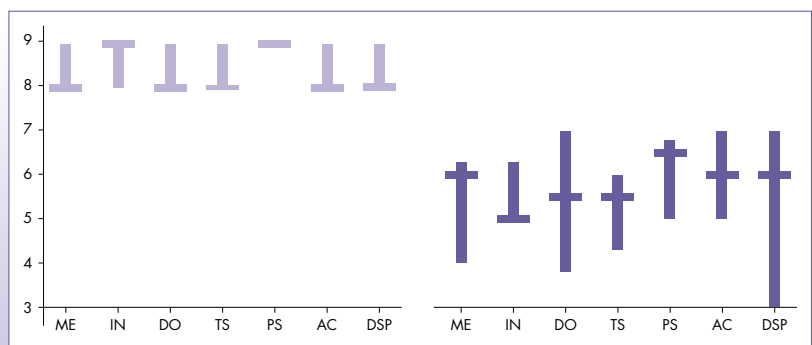
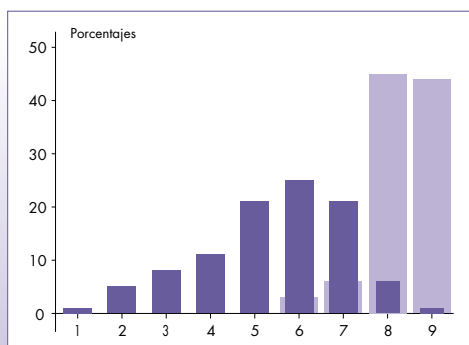
P37 En el curso de los próximos cinco años se crearán estructuras de participación y corresponsabilidad de los diferentes actores implicados en el establecimiento del modelo integrado para la deliberación, la toma de decisiones y su implementación



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	8	6
P25	8	4

Concordancia entre una deseabilidad mayoritaria y un pronóstico congruente de realización del escenario propuesto.

P38 En el curso de los próximos cinco años la estrategia de implantación será gradual, flexible, con una evaluación continua y una revisión congruente del patrón de partida



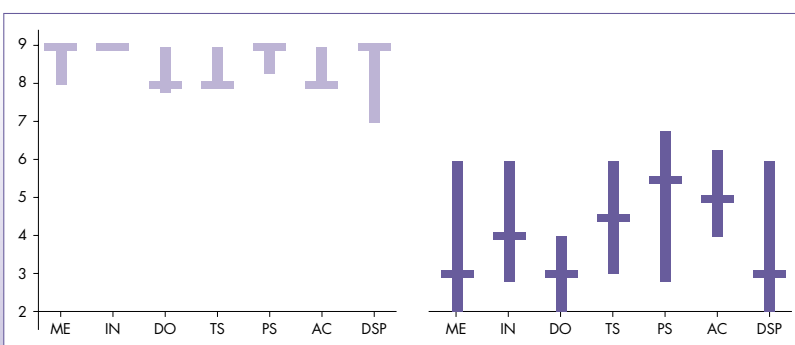
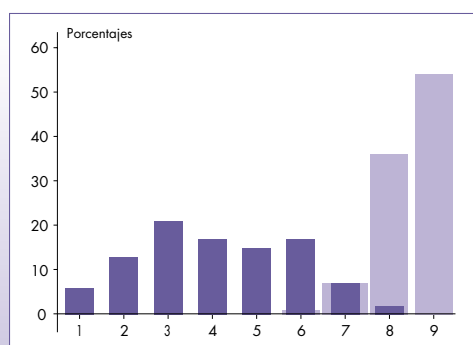
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	8	6
P25	8	4

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	9	9	9	9	9	9	9
Mediana	8	9	8	8	9	8	9
P25	8	8	8	8	9	8	8

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6,3	6,3	7	6	7,8	7	7
Mediana	6	5	5,5	5,5	6,5	6	6
P25	4	5	3,8	4,3	5	5	3

Encaje entre las predicciones de alta deseabilidad y un pronóstico mayoritario favorable (53,5%) al escenario propuesto, con un 21,22% de indecisos. Destaca la mayor dispersión y pluralidad de opiniones de la distribución pronóstica del subgrupo de directivos de organizaciones privadas en relación con el resto de distribuciones de los demás subgrupos, más ajustadas al patrón general.

P39 En el curso de los próximos cinco años el Gobierno de la Generalitat garantizará la suficiencia de los recursos necesarios para sostener el cumplimiento de las fases del proceso de implantación



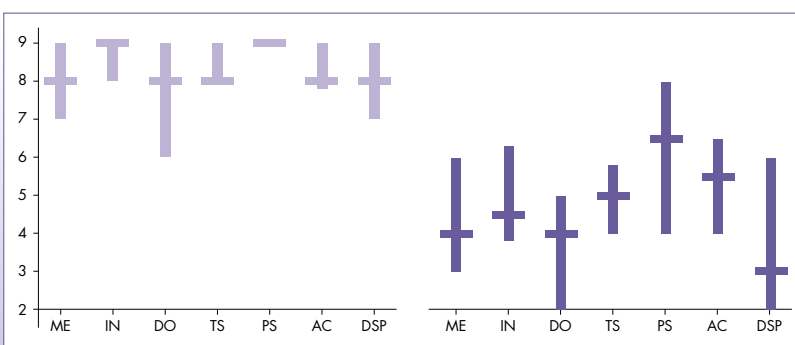
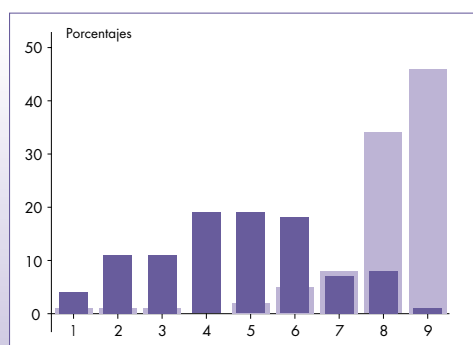
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	9	4
P25	8	3

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	9	9	9	9	9	9	9
Mediana	9	9	8	8	9	8	9
P25	8	9	7,8	8	8,3	8	8

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6	6	4	6	6,8	6,3	6
Mediana	3	4	3	4,5	5,5	5	3
P25	2	2,8	2	3	2,8	4	2

El pronóstico otorga poca verosimilitud –58,1% de predicciones adversas y 15,3% de pronósticos indeterminados– al firme deseo general de suficiencia de recursos para sostener el proceso de implantación de la integración social y sanitaria. Las mayores dispersiones en el pronóstico corresponden a los subgrupos de los médicos, directivos de organizaciones privadas y psicólogos; los dos primeros comparten una predicción adversa, y los psicólogos muestran una brizna de esperanza en la realización del escenario.

P40 En el curso de los próximos cinco años se creará un fondo específico para incentivar, financiar y dotar de medios instrumentales a los proyectos piloto y los sistemas de evaluación y difusión de las experiencias cuya eficacia haya sido demostrada



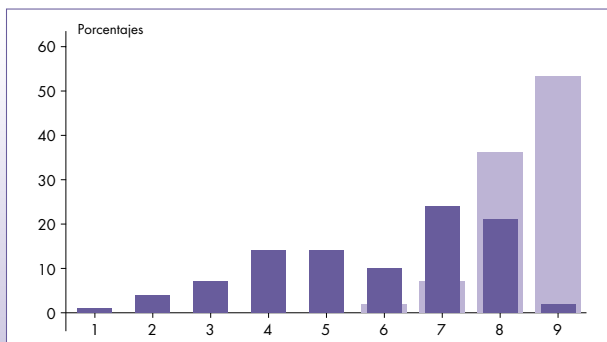
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
Mediana	8	5
P25	8	3

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	9	9	9	9	9	9	9
Mediana	8	9	8	8	9	8	8
P25	7	8	6	8	9	7,8	7

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	6	6,3	5	5,8	8	6,5	6
Mediana	4	4,5	4	5	6,5	5,5	3
P25	3	3,8	2	4	4	4	2

Predicción del pronóstico dividida, con un predominio pesimista (45,9%) por encima de la visión favorable (34,65%), en oposición a un consenso en el deseo netamente favorable al escenario formulado. Las dispersiones más destacables de los subgrupos contraponen la distribución de un pronóstico discretamente favorable del subgrupo de psicólogos con la posición adversa de la distribución de los directivos de instituciones privadas.

P41 En el curso de los próximos cinco años los líderes profesionales coparticiparán en el diseño y la implementación del modelo de atención integrada



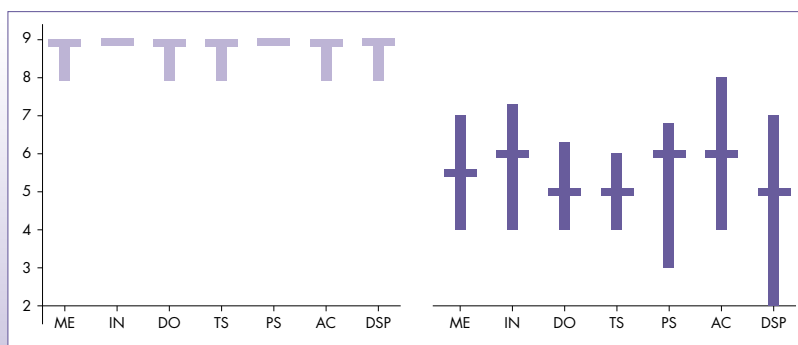
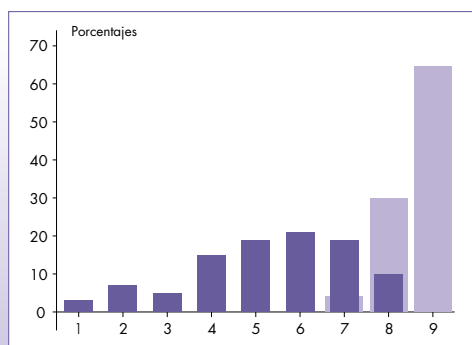
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	9	6
P25	8	4

Concordancia entre una sólida mayoría adherida a la deseabilidad de la propuesta, alineada con una mayoría notable (58,7%) de panelistas que mantienen un pronóstico favorable.

5.4.2. Sistemas de información

Las aplicaciones de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) constituyen un factor destacado de cohesión y conectividad sin barreras entre niveles de atención, recursos, profesionales y usuarios a lo largo del continuo asistencial.

P42 En el curso de los próximos cinco años los sistemas de información sanitarios y sociales actuales se habrán desarrollado y se adaptarán para dar respuesta al modelo de atención integrada, al objeto de promover la continuidad asistencial y permitir la evaluación de la calidad y los resultados de este modelo



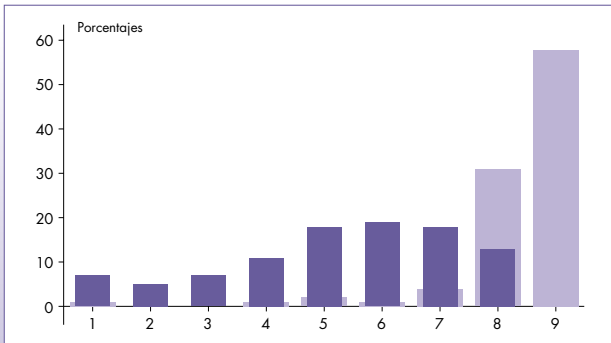
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	9	5,5
P25	8	4

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	9	9	9	9	9	9	9
Mediana	9	9	9	9	9	9	9
P25	8	9	8	8	9	8	8

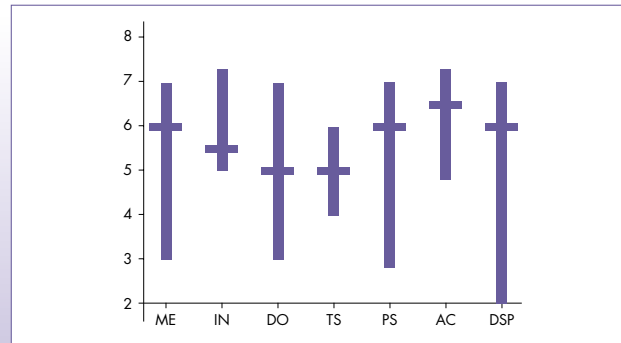
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	7	7,3	6,3	6	6,8	8	7
Mediana	5,5	6	5	5	6	6	5
P25	4	4	4	4	3	4	2

El deseo prácticamente unánime de materialización del escenario propuesto se corresponde con un 50,5% de pronósticos favorables, un 19,1% de panelistas indecisos y un 30,3% que rechazan la posibilidad de que ocurra. Sin ninguna distribución de pronóstico desviada de los pronósticos favorables generales, las dispersiones más destacadas corresponden a los subgrupos de los directivos de organizaciones privadas, con el mayor recorrido de valores extremos, y de los altos cargos y directivos del sector público.

P43 En el curso de los próximos cinco años se desarrollará, se experimentará y se adoptará la historia social y sanitaria personal compartida



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	9	5,5
P25	8	4



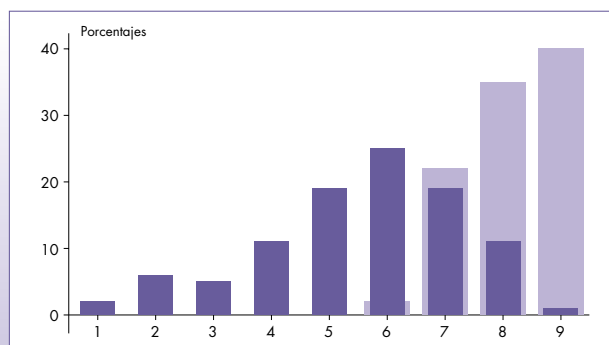
Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	7	7,3	7	6	7	7,3	7
Mediana	6	5,5	5	5	6	6,5	6
P25	3	5	3	4	2,8	4,8	2

El deseo identificado unánimemente con la consecución del escenario se asocia con un 51% de pronósticos favorables y un 30,6% de opuestos. Es notable la dispersión de opiniones en los subgrupos de médicos y directivos de organizaciones privadas –ambos en línea con el pronóstico favorable general– en contraste con la notable coincidencia de los trabajadores sociales y los docentes e investigadores de la política social en posiciones de incertidumbre.

5.4.3. Gestión del conocimiento

La complejidad organizativa de la atención social y sanitaria reclama la elaboración, validación y difusión de las contribuciones de la investigación a la práctica innovadora, las experiencias locales y la actualización de las competencias profesionales para el trabajo mancomunado.

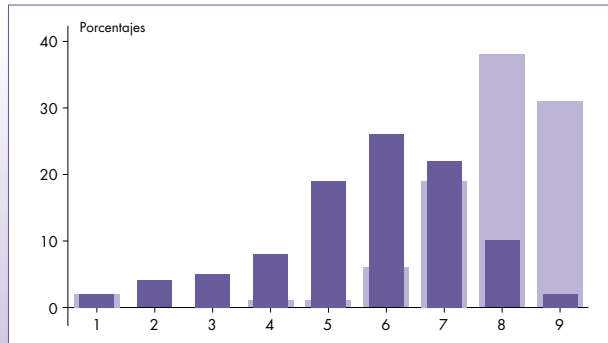
P44 En los próximos cinco años se habrá instituido un espacio en línea de apoyo a proyectos de innovación para favorecer de forma sistemática experiencias innovadoras e incentivar la evaluación, divulgación y adopción de la buena práctica



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	8	6
P25	7,3	4,3

El amplio consenso de afirmación del deseo de los panelistas coincide con un pronóstico favorable (56,6%), en contraste con la posición contraria de un 24,25%.

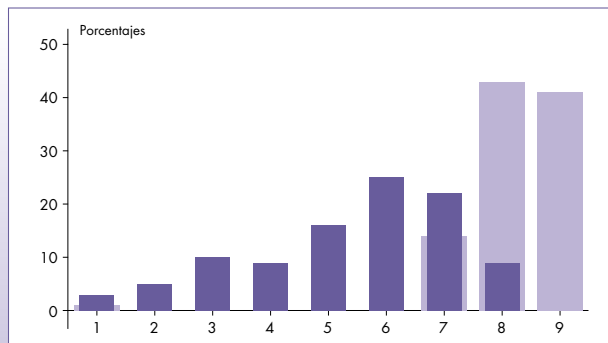
P45 Las líneas prioritarias de investigación incluirán: la medida del progreso de la implantación del modelo



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	8	6
P25	7	5

Alineación de los deseos con un pronóstico mayoritario favorable del 61,2%, un pronóstico adverso del 19,3% y uno de incertidumbre en la predicción del 19,3%.

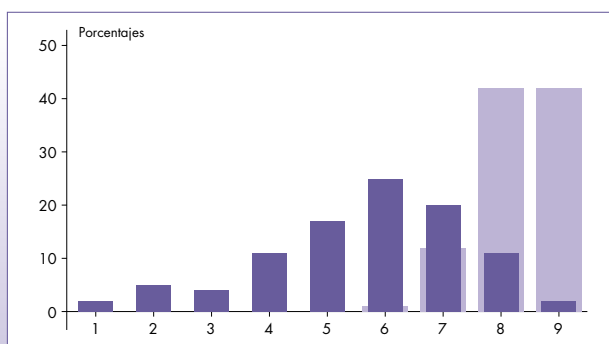
P46 Las líneas prioritarias de investigación incluirán: el conocimiento del impacto –resultados y costes– de la aplicación del modelo y de la experiencia valorativa de la población



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	8	6
P25	8	4

Confluencia entre las distribuciones mayoritarias de un fuerte convencimiento colectivo en el deseo y de un pronóstico favorable (56,6%) frente a la posición contraria (27,2%).

P47 Las líneas prioritarias de investigación incluirán: la mejora continua de los criterios de identificación, valoración de las necesidades, resultados y satisfacción con la planificación de los itinerarios personales de atención documentados



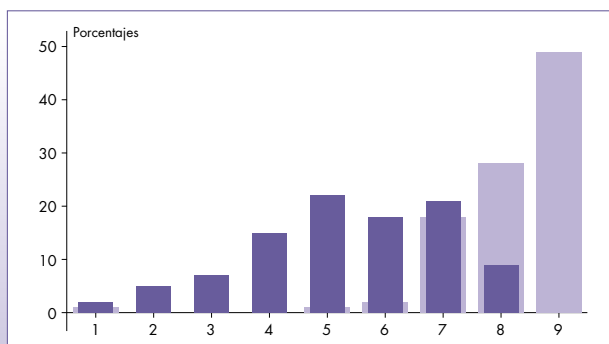
General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	8	6
P25	8	4,3

Respuesta colectiva similar a las dos anteriores, con un pronóstico mayoritario a favor del escenario propuesto (59,7%) y la expresión contraria de un 21,6% de los panelistas.

5.4.4. Reciclaje y formación de los recursos humanos

La adopción y consolidación de cualquier sistema de atención integrada reclama el apoyo de recursos de desarrollo y formación profesional continua.

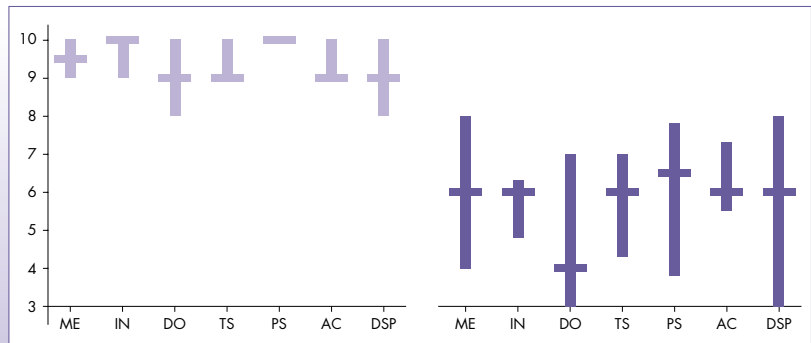
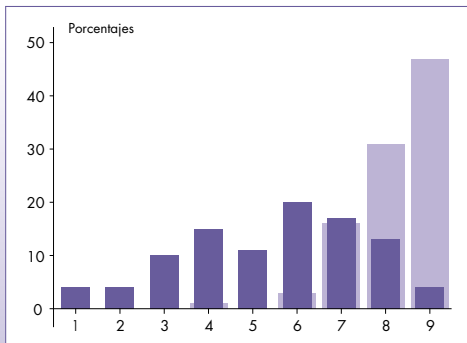
P48 En el curso de los próximos cinco años el proceso de implantación de la integración de la atención dispondrá de recursos de formación de equipos interprofesionales basados en el aprendizaje colaborativo, los objetivos compartidos y las prácticas sinérgicas



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	8	5
P25	8	4

El sólido consenso favorable a la propuesta se corresponde con una moderada mayoría en un pronóstico de afinidad (48,4%) y un 29,25% de predicción contraria.

P49 En el curso de los próximos cinco años la universidad y la formación profesional incorporarán a su oferta educativa contenidos curriculares de formación en atención integrada y coordinación profesional



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
Mediana	8	6
P25	8	4

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	9	9	9	9	9	9	9
Mediana	8,5	9	8	8	9	8	8
P25	8	8	7	8	9	8	7

Subgrupos	ME	IN	DO	TS	PS	AC	DSP
P75	8	6,3	7	7	7,8	7,3	8
Mediana	6	6	4	6	6,5	6	6
P25	4	4,8	3	4,3	3,8	5,5	3

Alineación entre una formulación claramente favorable del colectivo al escenario propuesto y un pronóstico mayoritario positivo (55,1%), con un 23,6% de predicciones contrarias. Con una distribución pronóstica compartida y cercana al patrón general favorable al escenario, las dispersiones más destacadas de los subgrupos corresponden a los directivos de instituciones privadas –con la mayor diversidad de valoraciones– y a las de los médicos, psicólogos y docentes e investigadores de política social, y estos últimos expresan dudas.

INTERPRETACIÓN

- 6.1. Consistencia de la visión compartida y nivel de apoyo al establecimiento de la atención integrada 66
 - 6.1.1. La centralidad de la persona 66
 - 6.1.2. Apoyo profesional: liderazgo innovador y líderes 67
- 6.2. Fundamentos estructurales 67
 - 6.2.1. Cobertura poblacional y cartera de servicios... 68
 - 6.2.2. Financiación y sostenibilidad..... 69
 - 6.2.3. Remodelación de equipamientos y dispositivos asistenciales 70
- 6.3. Implementación basada en la evidencia 70
 - 6.3.1. Instrumentos de participación y consenso 71
 - 6.3.2. Sistemas de información y comunicación..... 71
 - 6.3.3. Gestión del conocimiento: inteligencia colectiva 71
 - 6.3.4. Formación en nuevos roles y competencias profesionales 72

6. INTERPRETACIÓN

Los resultados de la consulta aportan información de naturaleza exploratoria y prospectiva que invita a contrastar interpretaciones sobre elementos significativos para la implementación exitosa de la atención integrada social y sanitaria en Cataluña. La distancia –de concordancia o de discrepancia– entre la expresión de las predicciones de “deseo” y las de “pronóstico” sugiere posibles factores favorecedores o, por el contrario, obstructivos, tanto estratégicos como instrumentales.

Corresponde al lector otorgarles relevancia en función de sus propias perspectivas, conocimiento, intereses e implicación. La lectura “plana”, exclusivamente estadística, a pesar de su utilidad descriptiva, tiene sus limitaciones.

El fin de este ejercicio consiste en suscitar, por medio de la deliberación colectiva, interpretaciones razonadas de carencias, medidas, tendencias, cambios emergentes o decisiones críticas que quizás han pasado desapercibidas o que reclaman ser reconsideradas.

La interpretación que sigue es replicable y se basa en la consideración de los resultados obtenidos de acuerdo con la documentación consultada –especialmente la asociada con la creación y el desarrollo del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS)¹–, la publicación de experiencias, de iniciativas de coordinación anteriores de niveles asistenciales del sistema sanitario y, singularmente, del Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC),² la opinión del equipo directivo del proyecto y la procedente de entrevistas a ciudadanos con una implicación diferente en el objeto de la consulta.

Visión general

Los escenarios de consolidación fiscal, crisis económica y financiera y cambios políticos de fondo, así como las tendencias demográficas y epidemiológicas, han sido los macroescenarios implícitos dominantes en la formulación de las predicciones de los panelistas en relación con las áreas analizadas. Debe tenerse esto en cuenta al examinar la diversidad del posicionamiento predictivo –crítico, escéptico o favorable– obtenido en relación con las tendencias generales emergentes en las tres grandes agrupaciones de escenarios propuestos:

- La pluralidad de las razones justificativas de la implantación de la atención integrada, la diversidad de su visión y el notable nivel de apoyo a su implantación atribuido a los ciudadanos en contraste con las dudas en la percepción del apoyo atribuido a las formaciones políticas y a los profesionales en su conjunto.
- La pauta de reserva e inseguridad sobre la suficiencia del espacio competencial propio y compartido para establecer la adaptación del marco normativo al modelo emergente y la indecisión sobre la sostenibilidad y solvencia del gasto social y la dimensión de la cobertura poblacional.
- La valoración alentadora de la formulación estratégica de las herramientas y medidas previstas, en curso de desarrollo, para la dinamización del proceso de implantación conjunta de la atención social y sanitaria recogida en la Hoja de ruta 2014-2016 del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS).³

En conjunto, los resultados obtenidos sugieren, en términos generales, una actitud de cautela, tal vez justificable en el contexto general de ajuste de las expectativas, intereses y perspectivas de los *stakeholders* a los interrogantes asociados con la naturaleza y el alcance de las incertidumbres en el entorno político y económico inmediato de la transformación organizativa y reguladora que debe alcanzarse, según la resolución del Parlamento de Cataluña, antes del final de 2016.

Análisis

El análisis de las respuestas colectivas expuestas en el capítulo anterior pretende justificar las consideraciones interpretativas que se proponen a continuación, agrupadas en función de la naturaleza y las interrelaciones de los escenarios propuestos a los panelistas.

6.1. CONSISTENCIA DE LA VISIÓN COMPARTIDA Y NIVEL DE APOYO AL ESTABLECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRADA

Los panelistas expresan altas expectativas y apoyo al proyecto, en contraste con las posiciones de reserva de los políticos y de los profesionales en conjunto.

Dada la pluralidad y diversidad de agentes implicados, la materialización de una visión compartida suficientemente consistente constituye un destacado factor dinamizador, como también lo es la extensión y la consistencia del apoyo y la disposición de los actores implicados a participar de manera corresponsable en su establecimiento.

6.1.1. La centralidad de la persona

Las expectativas favorables de los consultados a la consecución del principio fundamental de la centralidad de la persona, elemento nuclear de la integración asistencial, contrastan con las dudas manifestadas, al mismo tiempo, en relación con la garantía del respeto a las preferencias y la autonomía corresponsable de los usuarios.

A pesar del destacado apoyo mostrado por los propios panelistas al establecimiento de la atención integrada y el pronóstico favorable atribuido al apoyo esperado por parte de la ciudadanía, las predicciones sobre el apoyo de las formaciones políticas y los profesionales plantean una dicotomía entre posiciones favorables y, al mismo tiempo, de escasa confianza.

Los siguientes factores podrían contribuir a explicar esta división de posiciones:

- La imprecisión en la definición del tipo, alcance, escala y nivel de complejidad de la propuesta de integración y los cambios reguladores y organizativos críticos del proceso de implantación.
- El retraso temporal de maduración y manifestación de los beneficios atribuidos a la integración y la escasa disponibilidad de evidencia de efectividad de buena parte de las estrategias y medidas de transformación documentadas hasta el momento.⁶
- Inercias administrativas y corporativas.
- Cautela en relación con el mantenimiento de las restricciones en la financiación del gasto social.
- La dificultad de valorar el impacto de la implantación en el *statu quo* –situación, intereses y perspectivas actuales de cada agente, profesional, grupo u organización involucrados en el cambio– puede haber inhibido la manifestación del apoyo y la consistencia del compromiso de participación en el despliegue de la iniciativa.

El último supuesto sugiere que en la formulación de la propuesta de implantación de la atención integrada se ha puesto más énfasis en sus efectos esperados que en la caracterización de la modalidad de integración deseada y los cambios críticos asociados a la transformación del actual *statu quo*.

6.1.2. Apoyo profesional: liderazgo innovador y líderes

La consideración del profesionalismo –y concretamente del liderazgo profesional– como el activo más valioso para garantizar la consolidación del proyecto es compartida mayoritariamente por los consultados.

Sin embargo, los propios panelistas expresan poca confianza en la transformación del estilo de liderazgo jerárquico y vertical, que sigue prevaleciendo, en un liderazgo inclusivo, compartido y con una distribución de responsabilidades y descentralización del poder de decisión.⁴⁻⁵

Si esta predicción fuera verosímil, y no fuese debidamente valorada, una de las dimensiones fundamentales del cambio propuesto se vería seriamente comprometida.

La contribución de los profesionales al diseño de la concreción operativa del proyecto en cada escalón de su implantación administrativa y territorial debería mantenerse y estimularse. Al mismo tiempo habría que otorgarles iniciativa en el establecimiento de la atención de primera línea de base comunitaria, como eje del nuevo sistema, y en la asunción de nuevos roles, respeto y confianza interprofesional y procedimientos concertados de decisión asistencial.⁷

Esta orientación ha sido prioritariamente reconocida e incentivada por las medidas facilitadoras de la microgestión de clínicos y gestores establecidas por el Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC) y priorizada por la Hoja de ruta 2014-2016 del PIAISS.

Sugerencias:

- Dar preferencia inmediata al inicio de un proceso abierto y participativo sin restricciones, de elaboración de la ley marco que establezca la especificidad, alcance, complejidad y escala territorial a partir de las bases del modelo acordado por el Parlamento de Cataluña.
- Describir y difundir con detalle las fases críticas y la naturaleza y escala de los cambios organizativos y reguladores correspondientes a su transformación e implantación.
- Desarrollar los procedimientos e instrumentos de codiseño y corresponsabilidad, comunicación y participación para conocer las causas de la resistencia a dar un apoyo explícito y mejorar el apoyo del nuevo modelo por parte de todos los agentes implicados.
- Priorizar el desarrollo del liderazgo colectivo –horizontal– y su contribución al cambio cultural, la coordinación asistencial y la práctica colaborativa interprofesional.

6.2. FUNDAMENTOS ESTRUCTURALES

El posicionamiento más crítico y desconfiado de la consulta corresponde a las reservas sobre la suficiencia del marco competencial legal, a la potestad tributaria compartida y propia, y al desarrollo de la capacidad normativa propia para la adaptación del marco legislativo estable al nuevo modelo. Y de manera especial la determinación de su cobertura poblacional, la cartera de servicios correspondiente y la sostenibilidad de la financiación como principales fundamentos estructurales.

Esta reserva de una parte significativa del colectivo consultado se podría corresponder con el reconocimiento, admitido por el PIAISS, de la influencia de la incertidumbre en torno a estos factores en la proyectada gradualidad prevista para el despliegue del proyecto en lo que se refiere a establecer libremente su estructura de prestaciones, provisión y financiación.⁸

La deriva recentralizadora de la política social subyacente en el reciente *Documento base para una atención integral sociosanitaria*,⁹ la subfinanciación crónica del sistema sanitario público de Cataluña¹⁰ y la influencia restrictiva sobre el espacio competencial municipal de la Ley sobre Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local son algunas de las causas.¹¹

Los panelistas también manifiestan una notable distancia entre deseo y pronóstico en cuanto a la garantía reguladora de la subordinación de la concertación y contratación de servicios prestados por organizaciones privadas, con financiación pública, al interés general y a los objetivos del nuevo modelo.

Sugerencias:

- Postular con convicción la descentralización y horizontalización de competencias, recursos y responsabilidades como principio fundamental de la concepción de integración.
- Establecer y dar a conocer con rigor la congruencia –y los obstáculos– entre los requerimientos de adaptación legal de la transformación e implantación del modelo y la suficiencia competencial.
- Priorizar el desarrollo de la gobernanza del modelo y evitar la ambigüedad legislativa en la redistribución de responsabilidades y recursos correspondientes a cada nivel administrativo y territorial.
- Establecer con carácter inmediato las reformas necesarias en la función de compra para eliminar conflictos de intereses e introducir transparencia en el cumplimiento de los acuerdos de gestión, actividad, calidad y resultados en salud y bienestar de los convenios y la concertación.

6.2.1. Cobertura poblacional y cartera de servicios

La determinación del nivel de integración de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios también plantea la necesidad de establecer el alcance y las características de su cobertura poblacional –universal o acotada en función de necesidades específicas–, así como la precisión y funcionalidad de la descripción del contenido de la cartera de servicios.¹²

La predicción de una proporción importante de los consultados es poco favorable a la universalización propia del actual Sistema Nacional de Salud y a la enumeración detallada del contenido de la cartera de servicios correspondiente.

Esta posición puede basarse en una estimación restrictiva de las competencias del Gobierno catalán en relación con la revisión de la cartera del Sistema Nacional de Salud, pero también podría atender a la creencia en el efecto limitador de la relación detallada de las prestaciones y servicios para la autonomía prescriptiva de los profesionales. Sin embargo, una de sus causas podrían ser las posibles dudas originadas por la opción de definición gradual de la cobertura en función de la disponibilidad de recursos y la correspondiente priorización de la población elegible, acotada en función de criterios de vulnerabilidad social y complejidad y deterioro funcional.

Esta última opción, que reclama sistemas de determinación de la elegibilidad libres de ambigüedad, puede desconcertar por su contraste con el mantenimiento del acceso de todos como objetivo sugerido en la última versión del modelo catalán de atención integrada.

Tampoco es descartable el desconocimiento generalizado o la incertidumbre sobre la posición del PIAISS en relación con la “cartera común sociosanitaria”, pendiente de su establecimiento en el seno de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.¹³

Sugerencias:

- Debatir y explicitar motivadamente la opción de cobertura poblacional correspondiente al modelo de integración adoptado: ¿cobertura selectiva gradualmente progresiva o acceso no condicionado para todos?
- Identificar de manera provisional el impacto sobre la equidad y la aceptabilidad social de cada opción identificada.

6.2.2. Financiación y sostenibilidad

Buena parte de las respuestas obtenidas muestran prevención y pesimismo en relación con las perspectivas de sostenibilidad de la financiación exclusivamente fiscal del nuevo modelo. En cambio, se perfila un pronóstico notablemente compartido de mantenimiento de alguna fórmula complementaria de copago en función de la renta.

Los consultados descartan mayoritariamente la unificación presupuestaria de los departamentos de Salud y de Bienestar Social para financiar de manera específica el anunciado sistema de atención integrada. Tampoco confían en el establecimiento de un “fondo de transformación” para apoyar la creación de instrumentos que faciliten el proceso de cambio.

En los informes del CASOST¹⁴ y recientemente el PIAISS se reconoce la influencia limitadora de la incertidumbre de la solvencia financiera a medio plazo, tanto en lo que se refiere a la delimitación de la cobertura poblacional como a la conveniencia de una implantación gradual del modelo.

No es creíble ninguna opción de cobertura asistencial desconectada de la solvencia de su financiación. Se trata de evitar los problemas de imprevisión que caracterizaron el diseño de la Ley de Dependencia, y de conocer de forma anticipada el impacto correspondiente a cada opción de cobertura y financiación sobre la proyección redistributiva del nuevo modelo.

En este sentido, convendría disponer de escenarios prospectivos solventes sobre techos de tolerancia a aumentos de la presión fiscal y vías alternativas y complementarias de financiación, y sopesar las ventajas y las resistencias de un eventual *pooling* de recursos de los principales departamentos implicados.

En particular, parece recomendable un análisis profundo de todas las opciones de financiación complementaria para argumentar las ventajas de las escogidas. En este sentido, habría que prestar atención, con el fin de evitarlos, a los posibles efectos regresivos de las fórmulas de copago obligatorio en función de la renta frente a los copagos evitables con exenciones en función de la complejidad y gravedad de las situaciones de necesidad.

En vista de la reasignación de competencias funcionales y territoriales previstas por el proyecto, sería deseable alinear la titularidad de las nuevas competencias con la responsabilidad sobre las consecuencias de las decisiones correspondientes.

Sugerencias:

- Dar a conocer, sobre la base de previsiones solventes, la alineación gradual de la implementación del nuevo “modelo” con escenarios probables de sostenibilidad presupuestaria.
- Calcular y hacer públicas las repercusiones redistributivas –quién se beneficiará del nuevo modelo y quién asumirá su financiación– de las diferentes opciones contempladas de configuración de la cobertura y la financiación ordinaria y complementaria del nuevo modelo.
- Establecer un diseño regulador exigente de transparencia y subordinación demostrable de la función de compra y la externalización de la provisión del sector comercial a los objetivos de la implantación de la atención integrada.

6.2.3. Remodelación de equipamientos y dispositivos asistenciales

Una de las justificaciones de la integración asistencial más compartida por los panelistas fue la preeminencia de las necesidades de la persona por encima de la conveniencia de los proveedores. Esta filosofía es recogida por las estrategias de remodelación definidas en la Hoja de ruta 2014-2016 del PIAISS^{3,15}

referentes a los dispositivos sociales y sanitarios y sus respectivas y actuales prestaciones y criterios de acceso correspondientes a cada nivel de atención.

La remodelación en curso se implementa de manera congruente con la experiencia obtenida, entre otras fuentes, por el desarrollo del Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC), con la incorporación de la evidencia obtenida de innovaciones complejas. Esta medida reúne las recomendaciones del CASOST sobre reorganización de la atención comunitaria, hospitalaria y de la estancia media y larga, y el trasvase y la derivación pautada de los ingresos y hospitalizaciones innecesarias en los hospitales de agudos a dispositivos intermedios y de larga estancia.

A diferencia del predominio del escepticismo y la incertidumbre expresados por los panelistas en relación con los condicionantes estratégicos anteriores, las predicciones facilitadoras correspondientes a esta fase demuestran una mayor confianza. Paradójicamente, la excepción en esta sintonía entre lo deseable y lo posible se expresa en la indeterminación y las dudas sobre la posibilidad de una transición fluida desde la tradicional y aún vigente concepción de "confinamiento" residencial hasta la disponibilidad de viviendas diseñadas para combinar módulos que faciliten la independencia de las estancias con servicios optativos y atención social y sanitaria de base comunitaria.¹⁶⁻¹⁷

Sugerencias:

- La priorización de la finalización del proceso de remodelación y reconversión de dispositivos e itinerarios asistenciales como argumento sólido y demostrativo para la conversión de obstáculos significativos en factores de impulso del proyecto.
- La identificación de desequilibrios territoriales de equipamientos y dispositivos asistenciales permitirá prever desigualdades de atención igual para necesidades iguales.
- Establecer la escala de los recursos necesarios, y la financiación asociada, para completar la implantación territorialmente equilibrada de los servicios de primera línea de base comunitaria.
- La utilización de la concertación transparente en la externalización de servicios debe incentivar la conversión de los dispositivos residenciales tradicionales en viviendas que promuevan la independencia y la autonomía de acuerdo con los principios de centralidad de la persona.

6.3. IMPLEMENTACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA

El diseño y desarrollo de un conjunto de instrumentos facilitadores de la interacción entre los actores principales del cambio de modelo impulsado por el núcleo operativo del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS) merece una alentadora valoración predictiva por parte de los panelistas.

Con la excepción de la cautela expresada sobre la viabilidad de la financiación de un "fondo de transformación" de apoyo al proceso de implantación del proyecto, una proporción notable de consultados reconoce el acierto de fundar el despliegue del proyecto en la investigación aplicada a la obtención de una evidencia de mejora.¹⁸

6.3.1. Instrumentos de participación y consenso

La experiencia internacional avala la creación de mecanismos de "coproducción" –análisis, deliberación y toma mancomunada de decisiones– para la consolidación del consenso y compromiso de los diferentes actores implicados en procesos complejos de transformación organizativa.¹⁹ La implicación compartida en el diseño del marco de gobernanza, con reasignación de responsabilidades entre territorios, organi-

zaciones y profesionales, contribuye a desarrollar el necesario sentido de copropiedad del proyecto entre todos los *stakeholders*.

El despliegue inclusivo, la apertura y la consolidación de órganos como el Consejo de Participación del PIAISS y de plataformas de deliberación e impulso innovador como el Fórum ITESS²⁰ se orientan en dicha dirección, y los panelistas esperan que su acción movilizadora se extienda y se refuerce.

Sugerencia:

- Engrandecer y propagar sistemas de coproducción participativa, con especial atención a su interoperabilidad entre los ámbitos administrativos, territoriales y comunitarios.

6.3.2. Sistemas de información y comunicación

La mayoría de los panelistas creen en el desarrollo y la operativización de sistemas de información cuya contribución a la conectividad intersectorial es indispensable para la eliminación de barreras y para la interoperabilidad entre administraciones, proveedores, profesionales y usuarios.

El diseño de sistemas de información debe permitir la captura de los datos más relevantes para supervisar e informar al público sobre la consecución de los objetivos y prioridades de la implantación de la atención integrada, la asignación de recursos, la eficacia de las intervenciones y la experiencia, no intervenida, de las personas asistidas. La consulta también avala el logro de la historia clínica y social compartida,²¹ sin desconocer su complejidad, para facilitar la coordinación del trabajo colaborativo profesional y la continuidad de la atención.

Sugerencias:

- Diseñar y activar inmediatamente los sistemas de información y los registros de manera coherente con las necesidades estratégicas de la implantación del proyecto y la visualización de sus progresos y posibles retrocesos.
- Establecer una extensión específica para la atención integrada social y sanitaria de las utilidades de la Central de Resultados del sistema sanitario de uso público del Servicio Catalán de Salud.

6.3.3. Gestión del conocimiento: inteligencia colectiva

La disposición de información sobre el mejor o peor funcionamiento de las actuaciones, medidas, prácticas y comportamientos, sus causas y la identificación y difusión de prácticas de excelencia, es un componente crítico para la valoración del progreso de la implantación de la integración asistencial.²²

Los panelistas valoran positivamente el desarrollo de sistemas de conversión de los datos aportados por los sistemas de información y la interacción profesional en la generación, el intercambio y la aplicación de conocimiento entre los diferentes contextos asistenciales, organizaciones y miembros de las redes y los itinerarios de atención. En este sentido, el PIAISS promueve la creación y consolidación de canales de gestión del conocimiento para apoyar la estrategia de implementación con espacios para:

- Familiarizar a profesionales, gestores y ciudadanos con la generación, el acceso y la utilización del conocimiento obtenido mancomunadamente.
- Medir el progreso de la implantación de la atención integrada.
- Favorecer la realización, identificación, difusión y adopción de experiencias innovadoras con aportación probada de valor.
- Conocer el impacto en resultados y costes de oportunidad de las aplicaciones locales del "modelo".

Asimismo, el núcleo operativo del PIAISS promueve la mejora de la identificación y valoración de necesidades, criterios de elegibilidad y del establecimiento de planes personalizados de atención y continuidad asistencial. Sin embargo, la escasez crónica de actividad evaluadora de base científica sobre la efectividad de las decisiones organizativas y la práctica profesional puede comprometer la credibilidad del proyecto.

Sugerencias:

- Priorizar el desarrollo y la normalización de la obtención y difusión masiva del conocimiento obtenido en las medidas preparatorias y a lo largo del proceso de implantación de la atención integrada como herramienta de cohesión, creatividad e implicación.
- Evitar proactivamente que la evaluación formal y de base científica de intervenciones, prestaciones, servicios, procesos e iniciativas innovadoras se considere y se mantenga como una actividad secundaria.

6.3.4. Formación en nuevos roles y competencias profesionales

La prevención del antagonismo entre culturas y niveles de especialización profesional, la contribución al establecimiento de la integración asistencial de primera línea de base comunitaria y la motivación para adoptar nuevos roles y procedimientos concertados de decisión conviene que sea una medida priorizada desde el primer momento.

Los panelistas no esperan que estas medidas se produzcan espontáneamente y, con división de opiniones, apuntan hacia la necesidad del establecimiento de recursos de aprendizaje reglado e interactivo para la adquisición y mejora sostenida de conocimientos en la gestión relacional interprofesional, la práctica conjunta de decisiones asistenciales y la visión compartida.

Sugerencias:

- Identificar la motivación de la resistencia a priorizar la transformación de las experiencias y la buena práctica profesional en recursos formativos y de gestión relacional intercultural.
- Implicar activamente las corporaciones profesionales, los agentes sociales y los diferentes niveles de formación reglada profesional y superior en el desarrollo de una oferta de contenidos curricular, presencial y a distancia, en atención integrada y coordinación interprofesional.
- Incorporar al diseño curricular de los diversos vehículos de formación y desarrollo profesional la buena práctica profesional y el conocimiento aportado por la evaluación sistemática de la efectividad de las innovaciones administrativas, asistenciales y de experiencias valorativas de las personas atendidas.

APORTACIONES ABIERTAS

7.	7.1. Factores dinamizadores	75
	7.1.1. Legitimación social	75
	7.1.2. Apoyo político	76
	7.1.3. Cobertura y cartera de servicios	76
	7.1.4. Dirección y liderazgo político	77
	7.1.5. Organización	77
	7.1.6. Motivación y liderazgo profesional	78
	7.1.7. Instrumentación del proceso de implantación.....	79
	7.1.8. Sistemas de información y comunicación	80
	7.1.9. Gestión del conocimiento	81
	7.1.10. Formación	81
	7.1.11. Experiencias anteriores y en curso.....	81
	7.2. Obstáculos.....	82
	7.2.1. Marco legal.....	82
	7.2.2. Motivación y liderazgo profesional	82
	7.2.3. Actitudes	83
	7.2.4. Acceso y cobertura poblacional.....	83
	7.2.5. Financiación	84
	7.2.6. Instrumentos de despliegue de la atención integrada.....	85
	7.2.7. Experiencias anteriores y en curso.....	85
	7.2.8. Dirección y liderazgo político	86
	7.2.9. Territorialidad	87
	7.2.10. Información	88
	7.2.11. Apoyo político	88
	7.2.12. Formación y desarrollo profesional.....	88
	7.2.13. Externalización	89

7. APORTACIONES ABIERTAS

Este capítulo presenta, en su literalidad y ordenados por grandes bloques temáticos, los tres factores dinamizadores y los tres obstáculos que los panelistas consideraron más influyentes para el proceso de implantación de la integración social y sanitaria.

7.1. FACTORES DINAMIZADORES

7.1.1. Legitimación social

7.1.1.1. Legitimación profesional

“Demanda de los profesionales.”

“La voluntad de los profesionales implicados y motivados.”

“Los propios profesionales del ámbito sanitario se enfrentan a la necesidad de encontrar soluciones integradoras para superar las dificultades de asistencia de los pacientes frágiles y dependientes.”

“Experiencia y necesidad. Equipos profesionales con necesidad de dar respuesta a otras situaciones de la persona.”

“La voluntad de mejorar la atención a las personas.”

“Son muchos los profesionales de distintos ámbitos que creen en el proyecto.”

“La predisposición y proactividad actual por parte de los profesionales de primera línea.”

7.1.1.2. Apoyo ciudadano

“Mejora de la conciencia ciudadana actual.”

“La presión ciudadana.”

“La presión de grupos de pacientes y la presión de la gente sobre el tratamiento más personalizado.”

“Las necesidades de las personas.”

“Demanda ciudadana.”

“Deseo de mejora.”

“Atención centrada en el paciente.”

“El tema está llegando por fin a la ciudadanía, de la mano del sector social. Cuando acabe entrando realmente en el debate público en toda su dimensión, ya no habrá forma de contenerlo.”

“Necesidad real e inminente de dar una respuesta sociosanitaria.”

“Necesidad urgente de la población.”

“Beneficios para el usuario.”

“Beneficios para las familias.”

“El apoyo ciudadano al cambio de modelo.”

“Despolitización de los servicios asistenciales y sociosanitarios.”

7.1.1.3. Respuestas a retos

“Envejecimiento progresivo de la población.”

“Envejecimiento de la población y necesidades: cronicidad, complejidad...”

“La realidad es muy tozuda y nos dice desde hace tiempo que la integración es la única vía para atender a la persona y situarla realmente en el centro de las actuaciones.”

“Supervivencia del sistema.”

“Necesidad de cambio.”

“Red sanitaria y social realmente integrada y mucho más eficiente y eficaz.”

“El peso de la realidad demográfica (especialmente los enfermos crónicos) será tan fuerte que moverá el sistema.”

“Factores demográficos y sostenibilidad económica de ambos sistemas.”

“La necesidad de optimizar recursos.”

“Oportunidad de optimizar los recursos, reestructuración de los sectores, baremos y criterios de acceso.”

“La propia sociedad se dará cuenta de que el cambio es cada vez más necesario y de que, tras el fracaso de la Ley de Dependencia, habrá que buscar nuevas soluciones para afrontar el futuro que nos depara la demografía.”

“Imposibilidad de seguir como estamos.”

“La presión de los usuarios, cada vez más concienciados de sus derechos.”

“Abordar la dependencia desde las dos vertientes que intervienen.”

“Disminución de la inmigración (ausencia de cuidadores a precios bajos).”

“Consentimiento informado.”

“Los cuidadores y el entorno de la persona (asociaciones, amigos...) forman parte activa de su plan de vida si esta lo considera.”

7.1.2. Apoyo político

“Voluntad política.”

“Entorno político de orientación socialdemócrata/centroizquierda.”

“Apuesta política y de la ciudadanía.”

7.1.3. Cobertura y cartera de servicios

“Que sea accesible para todos.”

“Avance en el desarrollo de un sistema de servicios sociales universalista (igual que el sistema sanitario).”

“Carteras de servicios claras y bien definidas.”

7.1.4. Dirección y liderazgo político

“La voluntad política.”

“Agenda política clara y explícita sobre el proceso de integración (en el nivel de planificación o de integración total de los servicios).”

“Apoyar la propuesta de integración en un marco de atención, salvaguardando el principio de universalidad, equidad y justicia social.”

“Impulso y liderazgo político.”

“Impulso político, legislativo y presupuestario al sistema público de servicios sociales.”

“Integración de departamentos.”

“Unificación de los departamentos de Salud y de Bienestar y Familia.”

“Un departamento único o que el ICASS se integre en Salud.”

“El liderazgo debe ser de Bienestar Social y Familia o compartido con Salud. No puede residir únicamente en Salud.”

“Reparto de presupuestos de los departamentos.”

“Una agencia única realmente integrada, con ambos departamentos convencidos.”

7.1.5. Organización

7.1.5.1. Marco legislativo

“Normativa europea.”

7.1.5.2. Territorialización

“Acuerdo político que integre el poder local y no únicamente el Gobierno de la Generalitat, que en el ámbito social está alejado de los municipios.”

“Hay que reflexionar sobre la organización territorial y reordenar las propias zonas territoriales para facilitar la coordinación.”

“Habría que crear más grupos de trabajo multidisciplinares de base territorial.”

“Liderazgos positivos clave en cada territorio.”

“Motivación de los agentes del territorio.”

“Trabajo de base territorial.”

7.1.5.3. Externalización

“Buena contratación de servicios, que promueva la integración de servicios.”

“La compra de servicios compartidos entre entidades proveedoras.”

“Sistema de financiación y compra de los servicios a los proveedores de salud y sociales.”

“Sistema de pago que incentive la integración.”

“Los intereses económicos de los proveedores.”

7.1.5.4. Financiación

“La necesidad de racionalizar el gasto sanitario y hacer frente al envejecimiento de la población.”

“Presupuesto único.”

“Dotar los sistemas de recursos suficientes, como se hace en los países desarrollados.”

“La incapacidad de recurrir al endeudamiento para seguir ignorando el problema en su vertiente económica forzará decisiones. Espero que sean pensadas y no reactivas.”

“Establecer líneas de financiación vinculadas a resultados en calidad de vida y salud en los municipios.”

“Incentivación por objetivos de resultados.”

“Hay que establecer un plan de calidad compartido con los indicadores correspondientes y vincularlos a la financiación.”

“Financiación integral por módulos de las personas (en función de sus necesidades sanitarias y sociales) en lugar de financiar la atención en dispositivos diferentes.”

“Incrementar recursos para las prestaciones que se quieran poner en la cartera.”

“Tener en cuenta las necesidades de los servicios sociales y de salud.”

7.1.6. Motivación y liderazgo profesional

“Es importante la detección y la adhesión de líderes profesionales que ayuden a implementar el proyecto.”

“Fomentar la participación de los profesionales. Sin ellos será imposible.”

“Motivación profesional y autonomía de gestión.”

“Motivación por parte de los profesionales de ambos departamentos.”

“Compromiso profesional.”

“Implicación profesional.”

“Oportunidad de mejorar la calidad de la atención de los usuarios.”

“Deseo de mejorar el funcionamiento del sistema y conseguir que sea más eficiente.”

“Beneficio para los profesionales de la atención.”

“Oportunidad de mejorar la autoestima de los profesionales/equipos.”

“Reconocimiento de la capacidad de innovar y de asumir riesgos.”

“Flexibilizar las condiciones laborales de los profesionales para facilitar su adaptación a las necesidades asistenciales.”

“Profesionalizar el sector social.”

“La predisposición de los sistemas de atención primaria.”

“Liderazgo profesional.”

“Liderazgo compartido entre profesionales de los servicios sociales y los servicios de salud.”

“Desindicalización de los servicios asistenciales y sociosanitarios.”

7.1.7. Instrumentación del proceso de implantación

"Es necesario publicar en el DOGC el PIAISS antes de septiembre y, si es posible, acometer proyectos demostrativos en Barcelona."

"Necesidad de adaptar los sistemas social y sanitario a las demandas de una población bien informada y con capacidad de incidencia en la organización de su atención."

"Estrategia compartida. Crear un modelo compartido por todos los partidos políticos importantes."

"Creación de órganos de participación, con voz, de gestores, profesionales y ciudadanos."

"Definición clara del modelo sanitario y social."

"Coherencia del modelo."

"Mapa de barreras e incentivos para el cambio."

"Modelo evaluador de los cambios propuestos."

"Espacios de evidencia: medir qué es lo que funciona y lo que no; compartir los resultados; ponerlos a disposición de expertos, gestores y políticos para que los debatan; aprender de los errores y de los aciertos."

"Concreción de la propuesta desde modelos similares de éxito de integración en el ámbito europeo e internacional."

"Priorizar los objetivos sanitarios y sociales del cambio por encima de los económicos (que también son muy importantes)."

"Se promueve la participación activa y la implicación en la mejora de la salud en los niños y los jóvenes como agentes de cambio de las próximas generaciones."

"Grupos de expertos desde el Departamento de Salud para liderar e impulsar la implantación."

"Tener en cuenta los recursos actuales existentes que están infrutilizados."

"Bajar al terreno y preguntar a los grupos profesionales."

"Que la planificación sea colaborativa, con implicación de los agentes, en especial de las propias personas destinatarias de la atención."

"Participación ciudadana, especialmente de los consejos de ancianos, ya que hace tiempo que lo tienen trabajado. Redes de familias cuidadoras..."

"Promover un sistema único de atención social que integre a todos los profesionales sociales, tanto los que dependen de Salud como los locales."

"Incorporación en los proyectos de la dimensión del trabajo comunitario."

"Atención primaria proactiva e innovadora en atención domiciliaria."

"La atención primaria debe ser el eje de la atención y la puerta de acceso única a los servicios sociales y sanitarios."

"Organización de la ventanilla única o punto de entrada."

"Enfoque comunitario orientado a la rehabilitación, el alquiler, las fórmulas cooperativas y la innovación social."

“Existe una narrativa –real– sobre la atención integrada desde la perspectiva de la persona, elaborada de forma consensuada por asociaciones de pacientes, profesionales, políticos y autoridades sanitarias.”

“La optimización de recursos en la Administración pública.”

“Organización real de la atención social y sanitaria en procesos y no en compartimentos estancos como hasta el momento.”

7.1.8. Sistemas de información y comunicación

“Mostrar los resultados positivos.”

“Redes sociales.”

“Implementación inmediata de las TIC.”

“Innovación TIC.”

“Historia compartida.”

“Sistemas de información integrados, con interoperabilidad.”

“Sistemas tecnológicos que erosionarán las posiciones de los actores.”

“Historia de salud y social única compartida.”

“Si se consigue una historia social y sanitaria compartida, los profesionales de ambos sistemas mejorarán su percepción de la atención integrada.”

“Accesibilidad a la información de la persona.”

“Introducir el testamento vital en la historia clínica de las personas mayores. Ahora mucha gente lo desconoce y es complicado cumplimentarlo, tenerlo a mano cuando se produce un ingreso hospitalario, etc.”

“Información a los profesionales que desarrollan la asistencialidad y no solo a los altos cargos de las instituciones y los servicios.”

“Disponer de información sobre la mejora de resultados en aquellos lugares donde se haya implantado el sistema.”

“Una buena comunicación.”

“Flujos de información a nivel de ciudadanos y profesionales.”

“Es una reforma sanitaria en toda regla. Debe explicarse muy bien el objetivo a los profesionales.”

“Información pública razonada a los agentes de interés involucrados, especialmente destinada a los pacientes y a la ciudadanía en general.”

“Difusión: informar a la población del cambio que se está operando.”

“Se llevan a cabo acciones de sensibilización e información dirigidas a la ciudadanía para promover su participación activa en el nuevo modelo de atención integrada.”

“Definición de un plan de trabajo conjunto entre los profesionales y la persona interesada.”

7.1.9. Gestión del conocimiento

"Investigación y mejora continua."

"Capacidad de generar nuevo conocimiento."

"Impulso a la gestión del conocimiento en intervención social y servicios sociales."

"Plataformas TIC para compartir casos, unidades virtuales."

"Grupos de investigación mixtos, estancias clínicas."

"Realización de pruebas piloto, evaluación y difusión de experiencias."

"Impulso de modelos de intervención, en respuesta a las demandas de las personas, que no se entienden sin la integración."

7.1.10. Formación

"Establecer la metodología de gestión de casos."

"El conocimiento de los profesionales."

"Formación profesional."

"Formación de los profesionales de los dos ámbitos, tanto el social como el sanitario."

"Lenguaje compartido."

"Transformación de la relación entre los actores."

"Aumento de la democratización en las decisiones."

"Desarrollo de las especialidades de enfermería, especialmente la familiar y comunitaria."

"Más conocimiento y posibilidades de formación y reflexión sobre la tarea que se lleva a cabo."

"Planificación conjunta."

"El conocimiento académico y las experiencias internacionales."

"Nuevo planteamiento que desarrolle la excelencia de los profesionales."

"Respeto mutuo."

7.1.11. Experiencias anteriores y en curso

"Las experiencias de sistemas de información compartidos de salud/servicios sociales."

"Aprovechamiento de experiencias previas."

"Diversas experiencias a lo largo de los años que se han llevado a cabo: vivir en familia, servicios del Departamento de Bienestar Social y Familia, PADES, CIMSS y PRODEP, entre otros, surgidos de la voluntad y los esfuerzos de los profesionales de algunos territorios."

"Las iniciativas territoriales y locales que se están llevando a cabo en atención integrada."

"Favorecer las rotaciones clínicas y asistenciales de los equipos multidisciplinares."

7.2. OBSTÁCULOS

7.2.1. Marco legal

"La situación de grave inestabilidad política del país no es el mejor escenario para pactar nuevas políticas sociales, que requieren visiones supralegislativas. Pronostico que las coaliciones de izquierdas estarán más empeñadas en mantener los compromisos entre sí que en buscar soluciones a los grandes problemas."

"Incremento del número de personas muy dependientes y con una calidad de vida nula. ¿En qué punto es necesario intervenir, desde el punto de vista médico, o dejar morir a las personas?"

"Múltiples normativas de acceso a los recursos sociales (Administración estatal, autonómica, local) y al copago que asume el usuario de los servicios sociales."

"No tener ninguna ley o documento que imponga la obligatoriedad para la próxima legislatura lo retrasará todo cuatro años más."

"Errores de diseño normativo que afectan al sistema público de servicios sociales (en legislación local, sobre dependencia y otros)."

7.2.2. Motivación y liderazgo profesional

"Predominio de los liderazgos autoritarios y no participativos."

"Temor a la pérdida de espacio profesional."

"Falta de confianza en el logro de los objetivos por parte de los profesionales de cada ámbito."

"Dudo que en cinco años se haya producido la maduración necesaria de los profesionales para aceptar un liderazgo colectivo."

"El cambio rápido de actitudes de los profesionales es muy difícil que se materialice en 4/5 años."

"Corporativismo."

"Culturas profesionales muy diferentes."

"La resistencia de los médicos hospitalarios."

"Desconocimiento entre profesionales."

"Diferencias de formación y fortaleza entre los profesionales del sistema sanitario y los profesionales de los servicios sociales."

"Motivación de los profesionales."

"Falta de implicación de los profesionales si no hay un mandato político y claro de todas las administraciones implicadas."

"El planteamiento como una amenaza en el lugar de trabajo y la poca capacidad de fidelizar al profesional con los cambios."

"Diferencia salarial entre el sector social (tercer sector) y el sector social y sanitario de la red pública y entre el propio sector sanitario y el social en la red pública."

"Fatiga de los profesionales: sobrecarga laboral, sueldos congelados, carrera profesional parada... Llevan muchos años soportando el déficit del sistema. Cuantas más exigencias, más resistencias."

7.2.3. Actitudes

"El desconocimiento y los prejuicios que operan en relación con los respectivos sistemas: hay que trabajar conjuntamente entre el sector social, el sanitario y la comunidad."

"Las actitudes corporativistas."

"Visión jerárquica de los servicios clínicos y sociales."

"La desconfianza de los profesionales."

"Desconocimiento real de los dos sistemas."

"Desconfianza entre los dos sistemas."

"Maximalismo omnipotente de los modelos."

"La concepción actual, que da mucha más importancia a curar que a cuidar."

"La distancia existente entre los que creen en este nuevo paradigma y los profesionales, tanto sanitarios como de servicios sociales. El mensaje no llega: hay inercias claras y definidas de funcionamiento habitual que lo dificultan."

"Persistencia de una concepción asistencialista de los servicios sociales."

"Poco prestigio de los profesionales de la atención social en contraposición con las profesiones sanitarias."

"Habría que cambiar la formación y la mentalidad del personal sanitario ante la muerte o los enfermos incurables. Llega un momento en que la medicina debería dejar morir a la gente en paz."

"La prepotencia del sector sanitario hacia el social."

"Miedo a perder el poder de los profesionales médicos."

"Miedo/pereza ante el cambio del actual sistema de actuación."

"Recelo entre los profesionales de ambos sectores (sanitario y servicios sociales)."

"Resistencia al cambio de los equipos profesionales."

"No se está pensando en un plan para reconvertir a los profesionales hospitalarios y evitar resistencias."

"La ciudadanía no percibe que este debate no sea técnico. Quien más se beneficiaría de la atención no reclama cambios. Esto será explotado por los que se resisten al cambio, que tienen mucha fuerza. La demagogia está garantizada."

"Cultura de país."

7.2.4. Acceso y cobertura poblacional

"Una cartera de servicios escasa y con dificultades de acceso".

"Carteras de servicios muy separadas."

"Cartera de servicios sociales actual rígida, absolutamente fragmentada y especializada por colectivos."

"Accesibilidad diferente a los recursos según sean de carácter social o sanitario."

"Dificultad de mantener la equidad de acceso."

7.2.5. Financiación

"Recursos económicos insuficientes para el desarrollo de la cartera de prestaciones para las personas con necesidades sociales y sanitarias complejas."

"Falta de recursos."

"La falta de nuevos recursos."

"La falta de recursos económicos y presupuestarios."

"Desproporción entre los recursos sociales y sanitarios."

"No creo que el ahorro que puede representar la disminución de ingresos de un cierto tipo de enfermos en los hospitales de agudos pueda incrementar los presupuestos sociales. Los déficits sanitarios son interminables..."

"No disponer de la financiación que se corresponde con el esfuerzo de la sociedad catalana."

"Crisis económica."

"La presión financiera actual."

"Dificultades económicas/déficit de financiación."

"Insuficiencia de fondos financieros necesarios para transformar el sistema."

"Escasez presupuestaria."

"Presupuesto asignado insuficiente."

"El ahorro que se generará será absorbido por necesidades actuales no cubiertas (listas de espera, etc.)."

"Incentivos económicos y organizativos perversos, aunque no explorados todavía."

"La no priorización real en los presupuestos."

"La resaca de la crisis económica durará al menos tres años más, hasta el final de las condiciones de convergencia europea. Los compromisos de reducción del déficit público en España y Cataluña hasta 2018 complicarán mucho la implantación de nuevos escenarios."

"Poca financiación para la creación de recursos."

"La tentación de recortar linealmente."

"Falta de financiación conjunta."

"La subfinanciación de todo el sistema de atención social y sanitaria y la armonización del déficit público."

"Recortes en los presupuestos públicos para servicios sociales."

"Recursos limitados que deben redistribuirse según una estrategia."

"La financiación segmentada entre departamentos y entre los diferentes recursos sanitarios: agudos, primaria, SM..."

"La dificultad de reconducir recursos sanitarios especializados hacia la atención integrada."

"Incentivo económico para el sector sanitario que no se visibiliza en el sector social."

7.2.6. Instrumentos de despliegue de la atención integrada

"Querer ir más deprisa que la propia capacidad del sistema para adaptarse a los cambios."

"Insuficiente diseño y pilotaje de actuaciones."

"Hay que definir qué departamento o qué comisión lidera este desarrollo y llevar a cabo una prueba piloto en diferentes zonas del territorio donde no haya habido coordinación."

"El desequilibrio entre los sistemas de salud y servicios sociales, que llevará a una dinámica de integración por absorción."

"No se identifica el agente de cambio. El diagnóstico puede ser claro, pero no cómo queda cada uno después del cambio y quién puede liderarlo."

"No incluir en la propuesta de integración la experiencia de sus destinatarios principales: los pacientes y sus representantes."

"Obviar el papel central de las familias como tercer sistema a integrar junto con el sanitario y el social."

"Coordinación/desarrollo tecnológico."

"Continuidad del proyecto."

"Ciclos políticos demasiado cortos para ver resultados en procesos de integración."

"Diferencias entre las fortalezas de ambos sistemas, que pueden provocar asimilación y no integración."

"Falta de seguimiento/evaluación."

"La evaluación parte de la disponibilidad de instrumentos de valoración adecuados y validados en la propia población."

"No incluir a todos los agentes implicados en el proceso de atención social y sanitario."

"No incorporar el sistema de clasificación DESDE-LTC desarrollado en Cataluña para la evaluación estandarizada del sistema integral de clasificación."

"No mencionar otros instrumentos de evaluación (por ejemplo, el IEMAC)."

"Participación de pacientes en los grupos de trabajo."

"Planificación a corto plazo en ciclos electorales de cuatro años."

"Que no haya listas de espera."

"Adelgazamiento de estructuras obsoletas."

7.2.7. Experiencias anteriores y en curso

"Las diferencias históricas entre el ámbito social y el sanitario con repercusiones actuales."

"Fragmentación de servicios."

"La lentitud de los procesos."

"El corporativismo profesional."

"Todavía existe un fuerte desequilibrio entre el grado de conocimiento del tema en favor del ámbito sanitario."

"El hospital-centrismo existente."

"Atomización de las responsabilidades de los actores que ejercen su gobernanza."

"Atomización de los servicios sociales de base. Diferente evolución de los dos sistemas."

"Descompensación presupuestaria y en calidad de influencia en el proyecto de ambos sistemas."

"Incentivos: los intereses propios de facturación de cada institución."

"Hasta ahora los intentos de compartir los ámbitos sanitario y social no han tenido suficiente éxito."

"Los servicios sociales presentan demasiados procesos y protocolos para adaptarlos al sistema sanitario; para ser proactivos hay que ser más flexibles."

"La falta de maduración del sistema social comparado con el sanitario."

"La inercia de los hospitales orientados a sus deseos y no a las necesidades."

"No tener en cuenta los equipos territoriales que ya trabajan la complejidad y tienen una amplia experiencia de años. ¡No componer equipos nuevos sin experiencia y desprenderse de otros que ya la tienen!"

"El pasado nos demuestra que este es un tema al que normalmente la clase política, por mediocridad intrínseca, no presta atención hasta que la situación se vuelve irrespirable. Como dice un buen amigo, los políticos sacan más rentabilidad de la crítica a un sistema que se va muriendo que del coraje que se necesita para cambiarlo. Triste, pero real."

7.2.8. Dirección y liderazgo político

"Pocas ganas por parte de la cúpula sanitaria de perder control sobre un sistema que, aunque no funciona, sigue gobernando."

"No disponer de una agencia ni de un presupuesto conjunto para equilibrar los recursos del sistema."

"Bienestar Social y Familia parece apartada en el liderazgo de este modelo de integración y esto es un obstáculo en el proceso."

"Sanitarización del modelo partiendo de la complejidad en salud y añadiendo el recurso social como un recurso y no tener un modelo común de complejidad."

"La ausencia de relato institucional con un apoyo amplio de los partidos."

"La falta de liderazgo de la Generalitat y de la voluntad real de sacarlo adelante."

"Falta de liderazgo y concreción del modelo."

"Falta de liderazgo en las instituciones."

"Falta de recursos económicos, ligados a la falta de voluntad política."

"Resistencia burocrática interna de la Administración."

"Ausencia de una línea básica común desde la Administración."

"Los servicios sociales integrados en los de salud perderían financiación, recursos, capacidad de decisión."

"La elevada complejidad social, que ya actualmente no queda recogida en las propuestas de los documentos del PIAISS."

"Competencias públicas excesivamente complicadas."

"Dificultades de coordinación de los departamentos."

"El Gobierno tiene la función de liderar el nivel estratégico del plan de implantación."

"Los intereses políticos entre departamentos, partidos políticos..."

"Falta de voluntad política (lo más importante ahora es el 'proceso')."

"Indefinición de modelo sanitario. ¿Curar o cuidar? Básico para definir roles profesionales."

"La ausencia de liderazgo político."

"No comunicación entre departamentos."

"Políticas mediocres y falta de capacidad de cambio."

"Resistencia política a las fusiones."

"Resistencias al cambio de las estructuras administrativas."

"Burocracia."

"Falta de asignación de recursos (humanos, materiales, falta de servicios y/o prestaciones y demora en las tramitaciones económicas para llevar a cabo una atención integral e integrada)."

7.2.9. Territorialidad

"Reforma reciente de la Administración local."

"Multiplicidad de niveles de gobierno (central, autonómico y corporaciones locales), con lógicas diversas."

"La falta de colaboración entre los niveles políticos (especialmente entre el poder estatal y el autonómico, pero también entre este último y los poderes locales). Y el hecho de que tenemos 947 municipios y tres niveles jerárquicos en la organización territorial."

"Una distribución no equitativa de recursos y servicios en el territorio."

"Cartera de servicios actual y competencias de los ayuntamientos."

"Resistencia de las administraciones al cambio."

"Costará mucho aplicarlo en el ámbito territorial por la diferencia entre los mapas de servicios sociales y sanitarios."

"Diversidad de prioridades y compromisos en el mundo local respecto a la atención integrada."

"El perfil del liderazgo territorial actual."

"Fragmentación actual."

"Proveedores diferentes."

"Diferentes disponibilidades de recursos sociales y sanitarios según territorios..."

"Falta de coordinación territorial."

"Falta de liderazgo integrador territorial."

“El miedo de los servicios sociales y municipios a perder presupuesto y a quedar supeditados a los servicios sanitarios.”

“Diferencias entre el sector sanitario y social (municipal): desconocimiento de la realidad de cada sector en cuanto a la atención del día a día.”

7.2.10. Información

“Posibilidad de realizar una encuesta dirigida a la población catalana para conocer necesidades y preferencias (incorporarla como la encuesta de salud de manera sistemática).”

“La poca transparencia e información real de la aplicación del modelo.”

“Priorizar acciones más mediáticas que aparezcan como una propuesta política más atractiva que la implementación del PIAISS.”

“Falta de información y comunicación apropiada y convenientemente argumentada, destinada especialmente a pacientes y ciudadanía en general.”

“No existe un sistema de registro común con los centros sociales.”

“Actualmente no se puede trabajar de manera integrada por falta de información compatible. Este es un punto crítico que puede echar por tierra todo el proyecto.”

“Los servicios sociales recelan de compartir información.”

7.2.11. Apoyo político

“La mayoría de dirigentes y partidos políticos distan mucho de entender, comprender y aceptar esta forma de trabajar.”

“Convencimiento de los políticos.”

“Intereses políticos.”

“No disponer de un proyecto avalado por las diferentes fuerzas políticas que asegure su aplicación.”

“Entorno político de derecha/centroderecha.”

“Estabilidad política necesaria.”

“Excesiva politización del modelo.”

“Incertidumbre política.”

“Discusión política sobre bases de interpretación simplista de una realidad compleja.”

“La falta de coraje (o de apoyo) político.”

7.2.12. Formación y desarrollo profesional

“Falta de formación.”

“Falta de formación y conocimientos.”

“Falta de formación y sensibilización.”

“Respeto mutuo de los profesionales de ambos ámbitos.”

“Profesionales poco acostumbrados a trabajar en colaboración.”

“Diferentes formas de trabajo de Salud y Bienestar Social y Familia.”

“Problemas de coordinación entre los profesionales.”

“Ausencia de formación de los profesionales sanitarios en el ámbito de las necesidades sociales (especialmente el hospitalario).”

“Falta de cultura del cambio/adaptación.”

7.2.13. Externalización

“Reconversión del sector empresarial.”

“El riesgo de instrumentalización de la propuesta de integración según criterios economicistas y mercantilistas, especialmente en supuestos casos de externalización probada.”

“Intereses económicos para la pervivencia del modelo actual (sistema actual de financiación en el modelo sanitario público y concertado).”

“Resistencias al cambio de las estructuras de provisión.”

“Muchos proveedores diferentes en salud y en servicios sociales con líneas muy marcadas por los aspectos económicos.”

REFERENCIAS



8. REFERENCIAS

Introducción

- 1 LINDGREN, M. Y BANDHOLD, H. (2009). *Scenario Planning: The Link Between Future and Strategy*. Palgrave Macmillan.
- 2 FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD. *Visión de la crisis de la sanidad pública en España*. Análisis Prospectivo Delphi.
- 3 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Transition (<http://www.who.int/trade/glossary/story050/en/>).
- 4 DET NORSKE VERITAS (DNV GL) Y SUSTAINIA (2014). *Person-centred Care: Co-Creating a Healthcare Sector for the Future*.
- 5 DEPARTAMENT DE SALUT (2011). *Programa de prevenció i d'atenció a la cronicitat (PPAC)*.
- 6 DEPARTAMENT DE SALUT (2011). *Pla de salut de Catalunya* (http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/). Generalitat de Catalunya.
- 7 LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2011). "La Ley de Autonomía y Dependencia. Reflexiones y recomendaciones para su mayor desarrollo". En: *Gaceta Sanitaria*, 25 (S): 125-130. (<http://www.gacetasanitaria.org/es/la-ley-autonomia-dependencia-reflexiones/articulo/S0213911111002755/>).
- 8 SUBIRATS, J. (2011). *Otra sociedad, ¿otra política? De «no nos representan» a la democracia de lo común* (<http://www.jose-fernandez.com.es/wp-content/uploads/2013/06/otra-sociedad-otra-politica.pdf>).
- 9 WHO (2015). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence* (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>).
- 10 HERRERA MOLINA, E. (2012). "Coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales; una senda definida como parte de la solución". En: *Actas de la Dependencia*, 6. Noviembre de 2012. Fundación Caser.
- 11 OBSERVATORIO DE MODELOS INTEGRADOS EN SALUD (2014). *Experiencias de atención integrada en España* (http://omis-nh.org/media/publication_files/Experiencias_de_Atenci%C3%B3n_Integrada_en_Espa%C3%B1a_2014_versi%C3%B3n_online.pdf).
- 12 LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2015). "El bienestar desigual. ¿Qué queda de los derechos y beneficios sociales después de la crisis?". Capítulo 8 de *La cobertura de la discapacidad*. Editorial Península.
- 13 CONTEL, J. C. *et al.* (2015). "Chronic and Integrated Care in Catalonia". En: *International Journal of Integrated Care*. Vol. 15, 29 de junio (<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/2205/2995>).
- 14 CONSELL ASSESSOR PER A LA SOSTENIBILITAT I EL PROGRÉS DEL SISTEMA SANITARI (2014). *Proposta de mesures per a l'optimització de l'atenció social i sanitària per atendre la cronicitat, la discapacitat i la dependència a Catalunya* (http://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits_actuacio/consells_assessors/casost/Informes_Publicats/20140425_casost_atencio_social_sanitaria.pdf).
- 15 PROGRAMA DE PREVENCIÓ I ATENCIÓ A LA CRONICITAT (2014). (http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic).
- 16 DEPARTAMENT DE SALUT (2011). *Pla de salut de Catalunya* (http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/). Generalitat de Catalunya.
- 17 OSAKIDETZA. EUSKA JAURLARITZA. *País Vasco: transformando el Sistema de Salud 2009-2012* (http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skacer01/es/contenidos/informacion/principios_programaticos/es_sanidad/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf).
- 18 NEWHEALTH FOUNDATION (<http://www.newhealthfoundation.org/index.php/es/la-fundacion-nh/equipo>).
- 19 TAULA D'ENTITATS DEL TERCER SECTOR DE CATALUNYA (<http://www.tercersector.cat>).
- 20 LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2015). "El bienestar desigual. Qué queda de los derechos y beneficios sociales después de la crisis". Capítulo 8 de *La cobertura de la discapacidad*. Editorial Península.

- 21 GENERALITAT DE CATALUNYA (2014). Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (<http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3609/doc35966.html>).
- 22 GENERALITAT DE CATALUNYA (2014). Hoja de ruta 2014-2016 del PIAISS (http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS_full_ruta_RE_2014_2016_20140715.pdf).

Material y métodos

- 1 PEIRÓ, S. Y PORTELLA, E. (1993). *El grupo nominal en el entorno sanitario*. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública.
- 2 ARTELLS, J. J. *et al.* (2014). *Barreras a la introducción de una agencia evaluadora para informar la financiación o la desinversión de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud* (http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272014000200005&script=sci_arttext).
- 3 FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD (2014). *Obstacles i limitacions clau per a la implantació, desenvolupament, sostenibilitat, legitimació social i consolidació del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS)*. Informe sobre los resultados de la sesión de grupo nominal celebrada el 4 de julio de 2014 en Barcelona, 15 de julio de 2014.
- 4 LINDGREN, M. *et al.* (2009). *Scenario Planning: The Link Between Future and Strategy*. Palgrave Macmillan.
- 5 SUROWIECKI, J. (2004). *The Wisdom of Crowds. Why the Many Are Smarter Than the Few and How Collective Wisdom Shapes Business, Economies, Societies and Nations*. Doubleday. Random House Inc.

Resumen

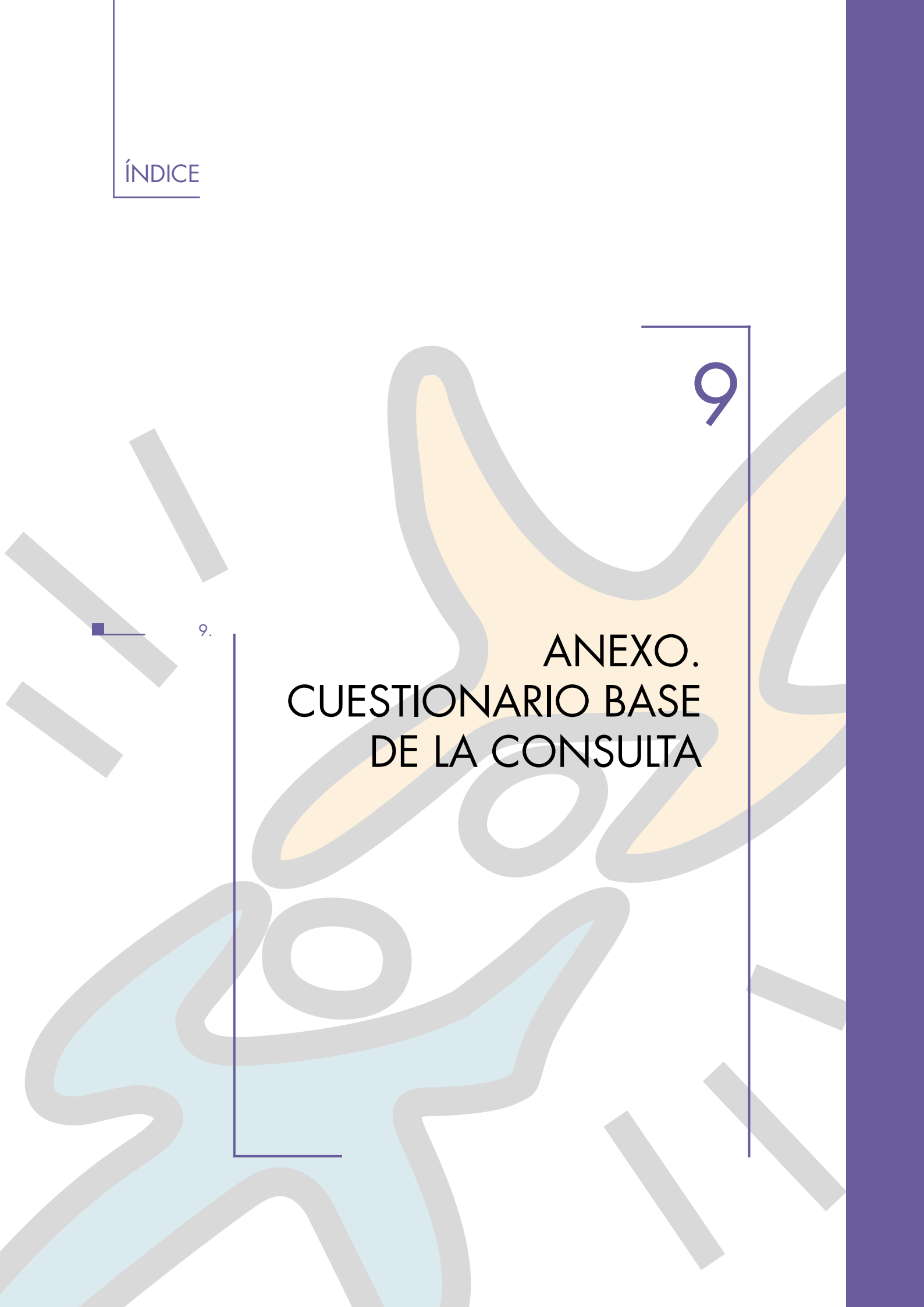
- 1 Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya, sobre el sistema públic de salut. Tram. 255-00008/10 (<http://www.parlament.cat/document/bopc/59526.pdf>).
- 2 NOLTE, E. Y PRITCHARD, E. (2014). *What is the evidence on the economic impact of integrated care?* European Observatory of Health Systems and Policies.
- 3 WHO (2015). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence* (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>).
- 4 LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2011). "La Ley de Autonomía y Dependencia. Reflexiones y recomendaciones para su mejor desarrollo". En: *Gaceta Sanitaria*, 25 (S): 125-130 (<http://www.gacetasanitaria.org/es/la-ley-autonomia-dependencia-reflexiones/articulo/S0213911111002755/>).
- 5 MASSIE, S. (2015). *Talent management. Developing leadership not just leaders*. The King's Fund (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/talent-management-leadership-in-action-jun-2015.pdf).
- 6 DEPARTMENT OF HEALTH. GOV. UK (2015). *Better Leadership for tomorrow: NHS leadership review*. (<https://www.gov.uk/government/publications/better-leadership-for-tomorrow-nhs-leadership-review>).
- 7 DAVIES, A. *et al.* (2015). *Evaluation of complex health and care interventions using retrospective matched control methods*. Evidence for Better Health Care. Nuffield Trust (http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/evaluation_report_final_0.pdf).
- 8 NATIONAL IMPLEMENTATION RESEARCH NETWORK (<http://nirn.fpg.unc.edu>).

Interpretación

- 1 Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) (http://presidencia.gencat.cat/ca/el-departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/).
- 2 CONTEL, J. C. *et al.* (2015). "Chronic and Integrated Care in Catalonia". En: *International Journal of Integrated Care*. Vol. 15, 29 de junio (<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/2205/2995>).
- 3 Hoja de ruta 2014-2016 del PIAISS (http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS_full_ruta_RE_2014_2016_20140715.pdf).

- 4 SUTRER, E. *et al.* (2009). *Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004930/>).
- 5 GOODWIN, N. *et al.* (2014). *Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies*. The King's Fund (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/providing-integrated-care-for-older-people-with-complex-needs-kingsfund-jan14.pdf).
- 6 NOLTE, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?* European Observatory on Health Systems and Policies, WHO (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/news/news/2014/06/what-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care>).
- 7 WEST, M. *et al.* (2015). *Leadership and Leadership Development in Healthcare: The Evidence Base*. Centre for Creative Leadership. The King's Fund. Londres.
- 8 LEDESMA, A. *et al.* (2015). *Model català d'atenció integrada. Cap a una atenció centrada en la persona*. PIAISS. Generalitat de Catalunya.
- 9 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2015). *Documento base para una atención integral sociosanitaria*.
- 10 Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya, sobre el sistema de salut. Tram. 255-00008/10 (<http://www.parlament.cat/document/bopc/59526.pdf>).
- 11 Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local (https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2013/12/30/pdfs/BOE-A-2013-13756-C.pdf).
- 12 LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2015). "El bienestar desigual. Qué queda de los derechos y beneficios sociales después de la crisis". Capítulo 8 de *La cobertura de la discapacidad*. Editorial Península.
- 13 Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/CarteraDeServicios.htm>).
- 14 CONSELL ASSESSOR PER A LA SOSTENIBILITAT I EL PROGRÉS DEL SISTEMA SANITARI (2014). *Proposta de mesures per a l'optimització de l'atenció social i sanitària per atendre la cronicitat, la discapacitat i la dependència a Catalunya* (http://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits_actuacio/consells_assessors/casost/Informes_Publicats/20140425_casost_atencio_social_sanitaria.pdf).
- 15 PROGRAMA DE PREVENCIÓ I ATENCIÓ A LA CRONICITAT (2014). (http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicas/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic).
- 16 OFICINA DE L'HABITATGE DE BARCELONA. *Programa Habitatge +65 anys* (<http://www.bcn.cat/consorcihabitatge/files/Diphab65.pdf>).
- 17 KOREN, M. J. (2010). "Person-Centred Care for Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement". En: *Health Affairs*, 29, n. 2: 312-317 (<http://content.healthaffairs.org/content/29/2/312.full.pdf> http).
- 18 PETERS, D. *et al.* (2013). *Implementation Research in Health. A Practical Guide*. Alliance for Health Policy and Systems Research; WHO (http://who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_irpguide.pdf).
- 19 GOVERNANCE INTERNATIONAL (2012). *Making Health and Social Care Personal and Local*. Government Information Unit (http://www.govint.org/fileadmin/user_upload/publications/2012_Pamphlet/Co-production_in_health_and_social_care.pdf).
- 20 Fórum ITESS (Foro de la innovación, transformación y excelencia en los servicios sociales y de salud) (<http://www.forumitesss.com>).
- 21 HEALTH AND SOCIAL CARE INFORMATION CENTRE. *NHS Records Management* (<http://systems.hscic.gov.uk/infogov/records>).
- 22 SOCIAL CARE INSTITUTE FOR EXCELLENCE (2010). *e-Learning: Managing knowledge to improve social care*. (<http://systems.hscic.gov.uk/infogov/records>).

ANEXO.
CUESTIONARIO BASE
DE LA CONSULTA



9. ANEXO. CUESTIONARIO BASE DE LA CONSULTA

1. EXPECTATIVAS Y APOYO INICIALES

La atención integrada centrada en las personas es el resultado de articular, en un proceso asistencial único, todos los servicios sanitarios y sociales para garantizar su adecuación, continuidad y longitudinalidad. La complejidad de la transformación del actual sistema reclama un consenso inicial sobre su justificación.

Se solicita su percepción de la necesidad de la atención integrada y el nivel de apoyo que le parezca que exista ahora entre instituciones, ciudadanía y profesionales.

1.1. La implantación de la atención social y sanitaria integrada: argumentación

P01 Indique, por favor, los tres motivos más importantes que a su parecer justifican la integración social y sanitaria.

(Introducción manual de respuesta en 3 campos de texto: P01A, P01B, P01C)

1.2. Apoyos

1.2.1. Apoyo personal

P02 ¿Qué apoyo presta personalmente a la propuesta de implantación de la atención integrada? *(Escala de 4 parámetros: desconozco/bajo/medio/alto)*

1.2.2. Apoyo institucional y legitimación social

En los próximos cinco años...

P03 El establecimiento de la atención integrada constituirá uno de los compromisos centrales de la política sanitaria en los programas electorales de los partidos políticos.

P04 Los ciudadanos y sus entidades de representación cívica identificarán y aceptarán la atención integrada como un elemento de mejora de la calidad asistencial de los servicios de salud y de los servicios sociales.

P05 La mayoría de los profesionales del sistema sanitario y de los servicios sociales darán su apoyo y contribuirán al establecimiento de la atención integrada.

2. COMPONENTES PRINCIPALES DE LA ATENCIÓN INTEGRADA

Manifieste la intensidad de sus expectativas y también su confianza pronóstica en relación con una serie de objetivos y valores centrales de la atención integrada.

2.1. Objetivos

En los próximos cinco años la transformación del actual sistema en un modelo de atención integrada permitirá:

P06 Mejorar los resultados en salud y calidad de vida poblacional e individual.

P07 Enriquecer la experiencia asistencial recibida.

P08 Contribuir a la sostenibilidad del sistema de bienestar garantizando la utilización más adecuada de los recursos disponibles.

P09 Garantizar una respuesta proactiva, planificada y adaptada al perfil de complejidad de las necesidades de atención.

2.2. Centralidad de las personas

El ajuste del sistema asistencial, integrado a las necesidades y autonomía de las personas en lugar de la adaptación de las personas al sistema, constituye uno de los rasgos diferenciales de la atención social y sanitaria conjuntas.

En los próximos cinco años...

P10 Los ciudadanos podrán asumir un rol activo y corresponsable en la toma de decisiones asistenciales que les concierne y en su autocuidado.

P11 Las preferencias, los valores de las personas y su proyecto vital gozarán del máximo reconocimiento y respeto por parte de las administraciones y los profesionales en las decisiones asistenciales.

P12 Las personas que así lo decidan podrán vivir de forma independiente en su propia vivienda o en viviendas con servicios de soporte manteniendo sus vínculos familiares y sociales.

P13 Las personas que lo necesiten recibirán atención integrada a lo largo de itinerarios y transiciones asistenciales planificados conjuntamente con los profesionales.

3. ORGANIZACIÓN

La vertebración de los rasgos diferenciales de la atención integrada reclama el liderazgo inclusivo del Gobierno de la Generalitat para revisar, regular y cohesionar la cobertura poblacional, la cartera de servicios, los criterios de acceso y derivación, la sostenibilidad financiera y la dirección y supervisión del proceso de implantación y su consolidación. En este proceso de remodelación habrán de tener expresión territorial los principios de subsidiariedad, corresponsabilidad y continuidad asistencial.

3.1. Cobertura y cartera de servicios

En los próximos cinco años el modelo de atención integrada establecerá su cobertura como:

P14 Universal. Todos los ciudadanos con necesidad de atención social y sanitaria o atención preventiva y de mantenimiento de la buena salud recibirán atención integral e integrada.

P15 Adaptada. Tanto para la población sana como para el perfil de necesidades complejas y concurrencia de condiciones específicas en grupos definidos de población: personas mayores, dependientes, enfermos con multimorbilidad, enfermos terminales, salud mental, adicciones, personas discapacitadas...

P16 Explícita. La cartera de servicios establecerá explícitamente la tipología de recursos, dispositivos asistenciales y prestaciones sociales y sanitarias, así como los criterios para su inclusión y exclusión.

P17 La cartera integrada de servicios garantizará atención igual para igual necesidad.

3.2. Dirección y gobernanza

La instauración y consolidación de la atención social y sanitaria integrada reclama el establecimiento de un marco legal propio que dé soporte a la nueva configuración organizativa y a su expresión territorial.

En el curso de los próximos cinco años...

P18 El Gobierno de la Generalitat asumirá la regulación, organización, financiación, planificación general, establecimiento de la cartera de servicios y criterios de acceso comunes para todo el territorio.

P19 Se implantará un marco legal específico para la regulación del nuevo modelo de atención integrada.

P20 La regulación de la externalización de servicios sanitarios y sociales alineará los sectores empresarial y sin ánimo de lucro con los principios, objetivos y criterios asistenciales que establezca el Gobierno y con la evaluación comparativa de calidad y resultados.

P21 Se habrá definido la dimensión territorial y la gobernanza coordinando los servicios territoriales de las consejerías y de las autoridades locales.

P22 Las administraciones municipales y asociaciones de municipios actualizarán sus competencias, responsabilidades y recursos de acuerdo con los principios de subsidiariedad, continuidad asistencial y resolutivez.

3.3. Financiación

En el curso de los próximos cinco años...

P23 Las proyecciones demográficas de evolución de la demanda y gasto público asociado formarán parte de la estrategia de despliegue sostenible del modelo.

P24 La financiación de la atención integrada se basará principalmente en los impuestos generales.

P25 La financiación de la atención integrada requerirá aportaciones de los usuarios según su nivel de renta.

P26 La viabilidad financiera de la atención integrada requerirá la unificación de las competencias y los presupuestos de los departamentos de Salud y Servicios Sociales.

P27 La transformación del actual modelo asistencial en un modelo preventivo, proactivo y coordinado favorecerá la reducción de las hospitalizaciones agudas potencialmente evitables y el ahorro correspondiente contribuirá a la financiación de los servicios de atención comunitarios.

3.4. Adaptación a las estructuras asistenciales

En los próximos cinco años...

P28 La respuesta asistencial del sistema integrado será personalizada y proporcionada a la complejidad, gravedad, riesgo sanitario y vulnerabilidad social de las personas.

P29 Se establecerá un patrón general de coordinación y adecuación para el acceso, derivación y utilización de los niveles y tipología de los recursos asistenciales sociales y sanitarios.

P30 El nuevo modelo garantizará la coordinación y la continuidad asistencial basada en la práctica conjunta entre profesionales de los servicios sociales y sanitarios en todos los niveles de atención con la implicación de las personas atendidas.

P31 La derivación de las personas hospitalizadas innecesariamente o de forma inadecuada y la reducción de los ingresos potencialmente evitables harán necesarios la reconversión y el redimensionamiento de los actuales dispositivos de atención hospitalaria aguda, intermedia y de larga estancia.

P32 Las personas que así lo decidan podrán vivir de manera independiente en centros viviendas con servicios de soporte o en su domicilio donde, en ambos casos, recibirán atención integrada social y sanitaria.

3.5. Profesionales y liderazgo

La efectividad y consolidación de la atención integrada requiere el compromiso y la capacidad de los profesionales de primera línea –gestores y prestadores de servicios– en la asunción de sus nuevas responsabilidades, formas de trabajo y relación interprofesional.

En los próximos cinco años...

P33 Los profesionales de los servicios de salud y los servicios sociales recibirán el soporte y la formación necesarios para poder desarrollar sus nuevas funciones.

P34 La gobernanza territorial compartida priorizará y dará soporte al impulso innovador de las unidades y equipos pluridisciplinarios de base comunitaria.

3.5.1. Cambios en el estilo de liderazgo

El liderazgo colectivo distribuye poder de decisión entre quienes demuestran capacidad relacional inclusiva, experiencia y motivación en el funcionamiento de los equipos interprofesionales. Su implantación robustece y cohesiona la gestión asistencial integradora.

En los próximos cinco años...

P35 El liderazgo jerárquico se verá sustituido por el liderazgo colectivo con distribución de responsabilidades compartidas.

P36 La introducción del liderazgo compartido se verá favorecida por el desarrollo de las competencias de gestión relacional entre los profesionales, la facilitación de la comunicación y el perfeccionamiento de los procesos de decisión conjunta.

4. INSTRUMENTOS DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN

La experiencia internacional sobre el establecimiento de modelos de atención integrada social y sanitaria muestra la importancia de las estrategias de implantación basadas en la evaluación sistemática de las sucesivas fases con flexibilidad para revisiones y ajustes.

4.1. Instrumentos de consenso del despliegue e implantación

En el curso de los próximos cinco años...

P37 Se crearán estructuras y espacios de participación y corresponsabilidad para la interacción de los diferentes actores institucionales implicados en el establecimiento del modelo.

P38 La estrategia de implantación será gradual, flexible, con evaluación continua y revisión congruente del patrón de partida.

P39 El Gobierno de la Generalitat garantizará la suficiencia de los recursos para sostener el cumplimiento del proceso de implantación.

P40 Se creará un fondo específico para incentivar, financiar y dotar de medios instrumentales para el desarrollo de proyectos piloto y sistemas de evaluación y difusión de las experiencias de efectividad demostrada.

P41 Los líderes profesionales y representantes de la población coparticiparán en el diseño e implementación del modelo de atención integrada.

4.2. Sistemas de información

Las aplicaciones de la tecnología de la información constituyen un destacado factor de cohesión y conectividad entre niveles de atención, recursos, profesionales y usuarios.

En los próximos cinco años...

P42 Los actuales sistemas de información sanitarios y sociales se adaptarán para dar respuesta al modelo de atención integrada promoviendo la continuidad asistencial y facilitando la evaluación comparativa de la calidad y los resultados.

P43 Se desarrollará, experimentará y se implantará la historia social y sanitaria compartida.

4.3. Gestión del conocimiento

La complejidad organizativa de la atención integrada reclama la elaboración, validación y difusión de las contribuciones de la investigación aplicada a la práctica innovadora, las experiencias locales y la actualización de las competencias profesionales para el trabajo mancomunado.

En los próximos cinco años...

P44 Se habrá constituido una unidad de soporte para el desarrollo de proyectos de innovación asistencial y para favorecer experiencias innovadoras incentivando la evaluación, divulgación y adopción de la buena práctica.

Las líneas prioritarias de investigación incluirán:

P45 Medida del progreso de la implantación del modelo.

P46 Conocimiento del impacto –resultados y costes– y valoración de la experiencia asistencial de la población asistida y su entorno.

P47 Mejora continua de los criterios de identificación, valoración de las necesidades y satisfacción con la planificación de los itinerarios asistenciales.

4.4. Reciclaje y formación de los recursos humanos

La adopción y consolidación de cualquier sistema de atención integrada reclama la disponibilidad de recursos para el desarrollo profesional, formación continuada y actualización de competencias.

En el curso de los próximos cinco años...

P48 El proceso de implantación de la atención integrada contará con recursos de formación para los componentes de los equipos interprofesionales basados en el aprendizaje colaborativo, objetivos compartidos y prácticas sinérgicas.

P49 La universidad y la formación profesional incorporarán a su oferta formativa contenidos curriculares de formación en atención integrada y coordinación profesionales.

5. APORTACIONES ABIERTAS

De manera opcional indique hasta tres factores dinamizadores y tres obstáculos críticos para la implantación de la atención social y sanitaria integrada que, a su juicio, no hayan sido planteados en la consulta.

P50 Factores dinamizadores

(3 campos de texto libres P50A/P50B/P50C)

P51 Obstáculos

(3 campos de texto libres P51A/P51B/P51C)

Fundación



SALUD

INNOVACIÓN

SOCIEDAD

A Novartis Foundation