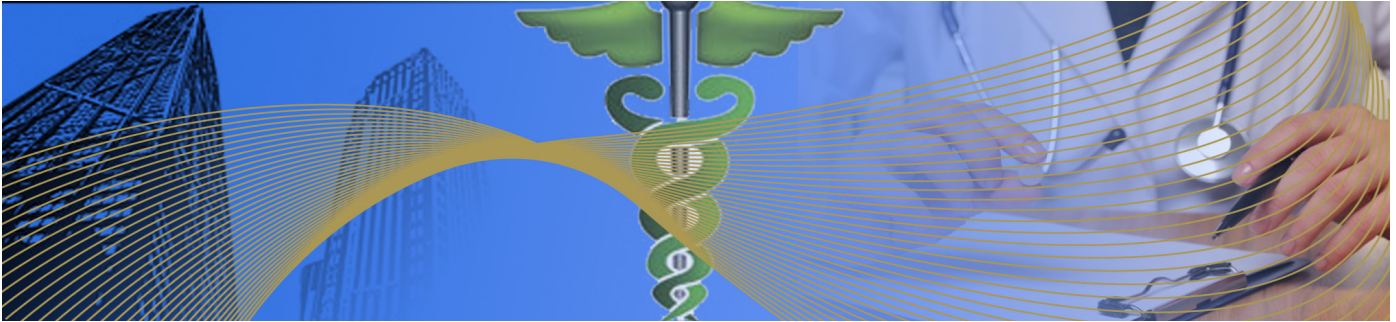


2.9 Atención sanitaria y redes de servicios



Descripción de las formas de organización y coordinación de los centros sanitarios y sociales para ofrecer una atención sanitaria integral a las personas..

Autor: Fernando Lamata Cotanda

Profesor de la ENS

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Lamata Cotanda F. Atención sanitaria y redes de servicios [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2011 [consultado día mes año]. Tema 2.9. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

Se define la Atención Sanitaria y se describen las Redes sanitarias tradicionales. Se presenta un esquema de la Atención Primaria, la Atención Especializada, la Atención en Servicios de Urgencia, y la Atención Farmacéutica.

Se analizan las nuevas necesidades de atención, derivadas del envejecimiento y de la cronicidad de los procesos de enfermedad, así como las nuevas oportunidades que ofrecen la capacitación

de las personas y las nuevas tecnologías, y se presentan las nuevas Redes de Atención que integran y/o coordinan los Servicios Sanitarios y Servicios Sociales.

1. Introducción

2. Atención Sanitaria

2.1. Prestaciones

3. Redes de Servicios para la atención sanitaria

3.1. Atención Primaria

3.2. Atención Especializada

3.3. Emergencias Sanitarias y transporte sanitario

3.4. Atención Farmacéutica

3.5. Circuitos de atención

3.6. Coordinación de Redes de Atención

4. Nuevas necesidades de atención sanitaria: envejecimiento, cronicidad y dependencia.

4.1. Atención Social. Prestaciones.

4.2. Nuevas Redes de Atención Sanitaria y Social.

4.3. Características de las nuevas redes de salud y servicios sociales

5. Conclusiones.

Referencias bibliográficas

Introducción

En España cada Servicio Regional de Salud organiza su Red de Servicios Sanitarios. El Sistema Nacional de Salud es una "red de redes".

Cuando una persona requiere atención sanitaria acude a un profesional sanitario. Normalmente ese profesional sanitario trabaja en un Centro Sanitario junto a otros profesionales. El trabajo de los profesionales sanitarios se suele realizar en equipo, con la participación de diferentes tipos de profesionales (médico, enfermero, fisioterapeuta, etc.), con diferentes especialidades, con capacidad de manejo e interpretación de diferentes técnicas. Y, además, suele requerir el apoyo de otros centros o servicios (laboratorio, imagen, etc.). Por ello, la atención sanitaria se organiza en estructuras más o menos complejas, a las que llamamos Redes de Atención Sanitaria, que permiten la coordinación e interacción de los diferentes profesionales y servicios. Cada

red establece sus normas de estructura y funcionamiento, sus circuitos de acceso y sus sistemas de derivación entre uno y otro dispositivo.

La atención sanitaria comprende un conjunto de actividades (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, etc.) relacionadas con el mantenimiento, mejora y recuperación de la salud, realizadas por profesionales cualificados para esa labor (médicos, enfermeros, farmacéuticos, técnicos especialistas, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, logopedas, psicólogos, etc.).

Los diferentes países cuentan con distintos tipos de modelos sanitarios y de redes de atención sanitaria. En España, por nuestro modelo de organización autonómico, el Sistema Nacional de Salud (SNS) es una "red de redes". En cada una de las 17 Comunidades Autónomas, cada Servicio Regional de Salud organiza su Red de Servicios Sanitarios. En las dos Ciudades Autónomas el INGESA es responsable de la atención sanitaria. La mayoría de las redes tienen una estructura similar, partiendo de los modelos organizativos definidos en la Ley General de Sanidad de 1986, que se basaban en el funcionamiento de los Servicios Sanitarios del antiguo Instituto Nacional de Previsión y del Instituto Nacional de la Salud.

Los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales producidos en España en el último tramo del siglo XX (inmigración, envejecimiento y cronicidad), están obligando a definir nuevos modelos de redes de atención. Estos modelos de atención son más flexibles, integran los servicios sanitarios y sociales, cuentan con un mayor protagonismo de la persona, del paciente o usuario, y utilizan de forma inteligente las nuevas tecnologías de información y comunicaciones.

2. Atención sanitaria.

Cuando una persona tiene problemas de salud acude a los profesionales que pueden brindarle una atención sanitaria eficaz.

La atención sanitaria comprende un conjunto de actividades (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, etc.) relacionadas con el mantenimiento, mejora y recuperación de la salud, realizadas por profesionales cualificados para esa labor (médicos, enfermeros, farmacéuticos, técnicos especialistas, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, logopedas, psicólogos, etc.).

Si una persona se pone enferma y, por ejemplo, tiene dolores insufribles, y no puede llevar a cabo sus tareas habituales, busca un remedio. Y, cuando no lo puede resolver por sí misma, o en su familia, acude a un profesional sanitario. El profesional sanitario es una persona formada y entrenada (y acreditada por las autoridades educativas) para conocer las enfermedades y procurar prevenirlas y, en su caso, curarlas.

2.1. Prestaciones sanitarias.

Las actividades (tipos de intervenciones y de procedimientos) de la Atención Sanitaria se ordenan en una serie de "Prestaciones" que pueden ser puestas a disposición de los pacientes y usuarios para intentar resolver su problema de salud.

En otro capítulo del texto se trata con más detalle cuáles son las Prestaciones Sanitarias que se garantizan en el Sistema Público español y cómo están reguladas.

Algunas de las prestaciones garantizadas son: consulta de medicina de familia y de pediatría, consulta de enfermería, consulta de especialista, hospitalización, pruebas diagnósticas (bioquímica, diagnóstico molecular, medicina nuclear, imagen radiológica, endoscopia, etc.), transporte sanitario, atención farmacéutica y medicinas, cirugía, rehabilitación, etc.

Para llevar a cabo estas prestaciones suele ser necesaria la colaboración de varios profesionales que trabajan en equipo, y de varios equipos o servicios especializados en diferentes funciones.

3. Redes de Servicios para la atención sanitaria.

Las Redes están formadas por grupos de Servicios, en los que trabajan profesionales sanitarios con Tecnologías y Programas adecuados para cuidar y mejorar la salud de las personas y de la población.

La Atención Sanitaria se ofrece a los pacientes y a los usuarios a través de Servicios. Los Servicios son grupos de profesionales que se organizan para realizar su labor en una determinada institución o entidad, de carácter público o privado.

Las Redes de Servicios sanitarios son las formas concretas de organización que adopta cada Región o País para ofrecer las prestaciones sanitarias a la población. Consisten en un conjunto de Servicios más o menos complejos (centros sanitarios, unidades, institutos, dispositivos, etc.), coordinados entre sí para

Las Redes de Servicios sanitarios son las formas concretas de organización que adopta cada Región o País para ofrecer las prestaciones sanitarias a la población. Consisten en un conjunto de Servicios más o menos complejos (centros sanitarios, unidades, institutos, dispositivos, etc.), coordinados entre sí para ofrecer un conjunto de prestaciones completo a los pacientes y a la población.

ofrecer un conjunto de prestaciones completo a los pacientes y a la población.

Las Redes están formadas por diferentes tipos de Servicios, diferentes Grupos de Profesionales (Equipos), Centros Sanitarios o Dispositivos, Tecnologías y Programas.

Las Entidades responsables de las Redes definen el tipo de Centros, su distribución, sus formas de interrelación, así como las formas de acceso de los usuarios, los requisitos, las garantías, etc. También definen los sistemas de información necesarios para el funcionamiento de los Servicios.

En España, como se muestra en otros capítulos de este libro, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se organiza en Servicios Regionales de Salud dependientes de cada Gobierno Regional. Cada Servicio Regional de Salud organiza su Red, y el SNS es un conjunto de Redes de Servicios.

Además de los Servicios de gestión pública, también hay en España redes de servicios de gestión privada, que dependen de diferentes Instituciones o Entidades, como Sanitas, Adeslas, Igualatorio Médico Quirúrgico, Capiro, etc., con sus respectivas organizaciones. Estas redes ofrecen atención sanitaria privada (pagada por el usuario), pero también pueden contratar parte de su actividad para la atención sanitaria pública. En este sentido forman parte también del SNS.

Hay sistemas de cobertura pública en España, como la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado, MUFACE, que ofrecen a sus asegurados la posibilidad de elegir una red de gestión pública (el Servicio Regional de Salud correspondiente) o una Red de gestión privada (a través de una compañía de seguros).

En este capítulo describiremos el esquema de organización de las Redes de Servicios sanitarios de gestión pública.

Las Redes de Servicios públicas suelen utilizar varios niveles o estructuras para organizar las actividades y ofrecer las diferentes prestaciones sanitarias:

Las Redes de Servicios públicas suelen utilizar varios niveles o estructuras para organizar las actividades y ofrecer las diferentes prestaciones sanitarias: Atención Primaria, Atención Especializada, Emergencias Sanitarias, Atención Farmacéutica extrahospitalaria y Salud Pública.

Atención Primaria, Atención Especializada, Emergencias Sanitarias, Atención Farmacéutica extrahospitalaria y Salud Pública.

En un capítulo específico se aborda la Salud Pública, por lo que no la describiremos aquí.

NIVELES O ESTRUCTURAS PARA ORGANIZAR ACTIVIDADES Y PRESTACIONES SANITARIAS
Atención Primaria
Atención Especializada
Atención de Urgencias, Emergencias y Transporte sanitario
Atención Farmacéutica
Salud Pública

3.1. Atención Primaria.

La Atención Primaria en España es la Base y la Puerta de entrada del sistema de salud.

La Atención Primaria de salud debe ofrecer, como mínimo, servicios de Medicina y de Enfermería Generalista, programas de prevención de enfermedades, promoción de salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El enfoque de atención a la persona es integral, con una perspectiva biológica, psicológica y social.

Estos profesionales ofrecen una atención continuada a lo largo del proceso de enfermedad. Y una atención longitudinal, a lo largo de la vida de la persona.

Se realizan consultas a demanda, consultas programadas, y consultas a domicilio.

atención continuada a lo largo del proceso de enfermedad. Y una atención longitudinal, a lo largo de la vida de la persona.

Los ciudadanos eligen a su Médico de Familia o su Pediatra y a su Enfermero. Cada uno de estos profesionales tiene un grupo de pacientes asignado.

En España la Atención Primaria es “puerta de entrada” (“gatekeeper”). Es el médico de familia o el pediatra quien puede indicar y autorizar la necesidad de consultar a otro especialista (otorrinolaringólogo, psiquiatra, cardiólogo, etc.). La Atención Primaria es la que ordena el acceso a la atención especializada, es decir, la “demanda” de atención especializada programada, mediante una solicitud (“derivación”).

En nuestro país, los profesionales de Atención Primaria se organizan en Equipos de Atención Primaria que trabajan en Centros de Salud.

El Equipo de Atención Primaria se compone de Médicos de Familia, Pediatras y Enfermeras. Pero, además, suelen formar parte también Matronas, Fisioterapeutas, Auxiliares de Enfermería, Trabajadores Sociales, Personal Administrativo y Celadores. Puede haber también otros profesionales que se desplazan al Centro de Salud para realizar tareas de apoyo con la periodicidad necesaria (odontólogo, internista, psiquiatra, etc.)

Cada Equipo suele contar con un Coordinador, elegido o propuesto por el resto de sus compañeros.

El Centro de Salud es el edificio en el que trabaja un Equipo de Atención Primaria. Los Centros de Salud en España están generalmente bien dotados. Cuentan con espacios de consulta y exploración, historias clínicas informatizadas (en algunas regiones las historias clínicas de todos los pacientes son accesibles desde cualquier centro de salud), sistemas de acceso a través de cita previa (con cita telefónica o a través de internet), medios de exploración, quirófanos de cirugía menor, gimnasios para rehabilitación, salas de preparación al parto, gabinetes de odontología, consultas polivalentes, salas de reuniones y de formación, etc. Los Centros de Salud dependen de una Dirección o Gerencia de Atención Primaria, que a su vez depende de la Gerencia del Servicio Regional de Salud. En algunos casos, hay Gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada

integradas en una Gerencia de Área de Salud.

3.2. Atención Especializada

La Atención Especializada es el segundo nivel asistencial. El enfoque de atención a la persona es parcial, se centra en un aparato o función (respiratorio, neurológico, dermatológico, cardiológico, digestivo, etc.), e intenta llegar al mayor detalle o precisión en esa función.

La Atención Especializada suele asociarse con el Hospital. El hospital es la estructura física por excelencia para la atención especializada. También hay otras: Centros de Especialidades sin hospitalización, Centros de Diagnóstico y Tratamiento ambulatorio (que hasta el año 1987 dependían de la Atención Primaria, en la organización gerencial denominada "Sectoriales de Ambulatorios"), así como centros para funciones específicas (club de diálisis, centro de radioterapia, laboratorios), etc. Los hospitales pueden ser generales o monográficos. Los generales integran diferentes especialidades para una atención completa. Suelen disponer de Servicio de Urgencias. Los monográficos se dedican a un solo problema (por ejemplo: Hospital Nacional de Parapléjicos, Hospital de Silicosis, Clínica Barraquer de oftalmología, Hospital del Niño Jesús, etc.). Los hospitales suelen tratar procesos agudos, de corta duración. Hay hospitales de media y larga estancia, dedicados a la atención de pacientes que requieren cuidados de larga duración, o pacientes en fase terminal. Otros dispositivos de atención especializada son las Unidades Móviles (con diferentes funciones: Resonancia Magnética, Mamografía, extracciones de sangre, cirugía, etc.).

DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Hospital General

Hospital Monográfico

Centros de Especialidades (diagnóstico y tratamiento ambulatorio)

Hospital de Media y Larga Estancia

Equipos Móviles (de diagnóstico y tratamiento)

El que un hospital tenga más camas no quiere decir que sea mejor, o que pueda desarrollar más especialidades o mayor complejidad. En el hospital moderno cada vez tienen menos importancia la cama y la estancia hospitalaria, y más importancia la atención ambulatoria del paciente, con la realización de las técnicas diagnósticas o terapéuticas apropiadas sin necesidad de ingreso

La Atención Especializada ofrece Consultas Externas, Hospitalización de Día, Estancia Hospitalaria, Hospitalización a Domicilio, Atención Urgente y diferentes tecnologías para diagnóstico (laboratorios, radiología, etc.) y para tratamiento (cirugía, quimioterapia, etc.).

El que un hospital tenga más camas no quiere decir que sea mejor, o que pueda desarrollar más especialidades o mayor complejidad. En el hospital moderno cada vez tienen menos importancia la cama y la estancia hospitalaria, y más importancia la atención ambulatoria del paciente, con la realización de las técnicas diagnósticas o terapéuticas apropiadas sin necesidad de ingreso o con muy pocos días de ingreso. Lo importante será la tecnología, la formación del personal, la organización, los sistemas de calidad, etc. En el Hospital y los Centros de Atención Especializada trabajan Especialistas de las diferentes especialidades reconocidas en nuestro país. El número de Especialidades varía según la complejidad del Hospital, la población a atender, etc. También varía el número de Especialistas por cada Unidad (sección, servicio, instituto, etc.). Los Especialistas de una misma especialidad en cada Centro Sanitario suelen integrarse en el mismo grupo y cuentan con un Jefe o director (de sección, de servicio, etc.) que es nombrado por la Dirección del Centro o por la Consejería de Salud, previo proceso de selección (concurso). Para coordinar el conjunto de los servicios médicos suele haber un Director Médico del Centro. Si el Centro es complejo, el equipo de dirección incorpora Subdirección Quirúrgica, Médica, de Servicios Centrales, etc.

Además de los profesionales médicos en los hospitales son fundamentales otros profesionales sanitarios: Enfermeros, Técnicos Especialistas, Auxiliares de Enfermería, así como otros profesionales (Psicólogos, Biólogos, Físicos, etc.).

Los profesionales de Enfermería trabajan en equipos en las áreas de hospitalización, de consultas, cuidados intensivos, etc. Para coordinar la actividad de los profesionales de Enfermería hay una Supervisora para cada equipo o área y una Dirección que coordina al conjunto. Los Técnicos Especialistas son claves para la realización de las pruebas diagnósticas (radiología, anatomía patológica, laboratorio, etc.). Los Auxiliares de Enfermería cumplen una tarea esencial en la atención a los pacientes.

Finalmente, el Hospital también requiere otros profesionales en labores no clínicas pero imprescindibles: cocina, administración, sistemas de información y comunicaciones, mantenimiento, seguridad, información y atención a los pacientes, limpieza, etc. Cada grupo de profesionales cuenta con un responsable y reporta al Director de Gestión del Centro.

A la cabeza del Hospital se sitúa un Gerente, que reporta al Director o Gerente del Servicio de Salud.

De la Gerencia de un Hospital General puede depender también la dirección de uno o varios Centros de Especialidades, y otros centros hospitalarios más pequeños, para atención de larga estancia, o para complementar actividades (diagnóstico o tratamiento) del hospital.

La dotación de los profesionales se realiza en función de la población a atender y de la complejidad de los procedimientos y técnicas que ofrece el Centro.

Lo mismo ocurre con la dotación tecnológica. En general, en España los hospitales y centros de especialidades cuentan con la tecnología suficiente y disponen de los métodos de diagnóstico y tratamiento más avanzados.

El acceso al hospital puede ser por derivación desde Atención Primaria (cuando se trata de casos no urgentes o programados) y también puede ser por el Servicio de Urgencias, cuando el paciente siente la gravedad del problema y acude directamente a dicho servicio.

También puede haber derivaciones a un Servicio Especializado desde otro Servicio Especializado del propio hospital o de otro hospital.

Una vez prestada la atención en Consulta o en Hospitalización el paciente recibe el Alta, con un Informe para el propio paciente y para el Médico de Atención Primaria que atiende a dicho paciente.

El acceso al hospital puede ser por derivación desde Atención Primaria (cuando se trata de casos no urgentes o programados) y también puede ser por el Servicio de Urgencias, cuando el paciente siente la gravedad del problema y acude directamente a dicho servicio.

3.3. Urgencias y Emergencias Sanitarias. Transporte sanitario.

Además de la atención urgente que se ofrece en los Centros de Salud y en los Hospitales, suele existir un Servicio de Emergencias para atender procesos urgentes en el domicilio del paciente, en la vía pública, en concentraciones populares o también en Centros de Salud que requieran su apoyo para el traslado asistido.

Estos Servicios se componen de profesionales especializados en la atención de urgencias, médicos y enfermeras. Cuentan con transporte preparado, Uvi-Móvil terrestre o aérea (helicóptero sanitario) y pueden acudir en un plazo relativamente corto desde el momento de la llamada al número 112. Los servicios de coordinación de emergencias del 112 pueden movilizar, o poner en alerta, cualquier dispositivo sanitario de la región, y pueden pedir cooperación a los Servicios de Salud de otras CCAA en caso de necesidad. La capacidad de respuesta del SNS es muy grande y muy rápida.

Una vez prestada la atención el paciente puede ser remitido al Centro de Salud, o puede ser estabilizado y trasladado al hospital más apropiado.

Estos servicios suelen contar con una Base de coordinación, una Gerencia y las direcciones asistenciales y de gestión necesarias.

El transporte sanitario no urgente, programado, se utiliza en casos de desplazamiento de pacientes desde su domicilio al centro de tratamiento, por ejemplo para rehabilitación, o para diálisis, o para otros procesos de atención. También en algunas altas hospitalarias que requieran traslado en ambulancia. La autorización de este tipo de transporte es competencia del médico, o profesional sanitario competente, que considera necesario el traslado del paciente en medio sanitario.

3.4. Atención Farmacéutica extrahospitalaria.

En España la atención farmacéutica extrahospitalaria la realizan los profesionales farmacéuticos de **las Oficinas de Farmacia**.

Los servicios de coordinación de emergencias del 112 pueden movilizar, o poner en alerta, cualquier dispositivo sanitario de la región

Son Farmacias de titularidad privada (**el farmacéutico es el propietario y responsable del servicio**) pero con una autorización, o concesión pública.

El paciente recibe la prescripción de su médico (receta) y acude a la farmacia. La farmacia dispensa esa medicación en condiciones de seguridad y controla posibles efectos adversos.

La farmacia recibe el pago de los medicamentos (la factura farmacéutica) del Servicio Regional de Salud con quien tiene establecido un Concierto. Como los pensionistas son los que más medicamentos consumen, la mayor parte del coste de los medicamentos extrahospitalarios lo paga el Servicio Regional de Salud y una pequeña proporción, los usuarios no pensionistas.

La supervisión e inspección de las farmacias es responsabilidad de la Consejería de Salud. La coordinación con la Consejería y el Servicio de Salud se realiza a través de los representantes oficiales de los farmacéuticos (Colegios Profesionales y Asociaciones Empresariales).

La red de farmacias es muy amplia y accesible, con servicios de Guardia 24 horas 365 días al año. La satisfacción de los ciudadanos con el servicio es alta.

La farmacia recibe el pago de los medicamentos (la factura farmacéutica) del Servicio Regional de Salud

3.5. Circuitos de Atención y Derivaciones.

La mejor forma de visualizar las Redes de Servicios sanitarios públicos es comprobar cómo recibe atención una persona concreta.

Si una persona, por ejemplo, siente una molestia en su estómago, con dolor a lo largo del día, a veces más fuerte, y que no se le pasa durante varios días, lo que no es "normal", puede decidir acudir al médico. Para ello llama a su Centro de Salud y pide cita con su médico (el que tiene asignado y cuyo nombre figura en su Tarjeta Sanitaria), o gestiona la cita por internet. Habitualmente, le citan para el día siguiente a una hora concreta. Acude. Después de una espera de algunos minutos pasa a la consulta. El médico le atiende, le hace la anamnesis y la exploración que considera

precisa y va anotando en la Historia Clínica Electrónica los datos correspondientes. En la historia tiene datos de otros procesos de enfermedad anteriores, tratamientos, etc. Si el médico considera precisa alguna exploración complementaria hará una solicitud de pruebas complementarias. En función de los diferentes Servicios de Salud podrá gestionar directamente la cita, o lo hará a través de la Unidad Administrativa y los Servicios de Admisión de los Centros Especializados. El paciente acudirá a dichos servicios para realizar las pruebas: analítica, pruebas radiológicas, endoscopia, etc. Los profesionales del Centro de Especialidades podrán consultar la HCE del paciente. Se realizarán las pruebas y, posteriormente, las imágenes de las pruebas y los informes con los resultados podrán verse en el ordenador del médico de familia.

En algunas Regiones el paciente puede acceder a su HCE y a los resultados de las pruebas a través de Internet.

CIRCUITO DE ATENCIÓN SANITARIA		
112-Emergencias		
Paciente	Centro de Salud	Hospital General
		Centro de Especialidades
Farmacias		Hospital Media y Larga Estancia

El paciente acudirá nuevamente al médico de cabecera en el Centro de Salud, para discutir los “resultados” de las pruebas realizadas. A la vista de los datos recogidos, el médico formulará un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento. Supongamos que recomienda una pauta que incluye dieta y unos medicamentos. Emitirá las recetas informáticamente. En algunas Regiones la dispensación se graba en la Tarjeta Sanitaria para que se produzca la dispensación electrónica en la Farmacia, o hay conexión entre el sistema informático del Servicio de Salud y el de las farmacias.

El paciente acude a la farmacia y retira la medicación.

Si se trata de un proceso que requiera consulta de especialista u hospitalización, el médico de familia solicitará **la Derivación**

a la Consulta Especializada, por ejemplo, del Especialista de Aparato Digestivo. Es posible que se trate de un proceso que requiera una intervención quirúrgica, para lo que deberá ingresar en el hospital. Habrá también un proceso de cita previa, ingreso, tratamiento y alta. Posteriormente, con los informes de resultados acudirá a su Médico de Familia para seguimiento y control.

También puede producirse una situación de urgencia. En ese caso el paciente o su familia acuden directamente al Servicio de Urgencias, o llaman al 112, y acude el servicio de emergencias. Se realizará la atención precisa y, en su caso, el traslado y el ingreso en el hospital.

Sistema de acceso y posibilidad de elección.

El sistema de acceso es mediante presentación de la Tarjeta Sanitaria Individual, y con la solicitud de cita previa, para atención programada.

Cada Red establece sus sistemas de acceso y posibilidades de elección para los usuarios. Lo más común es que exista libertad de elección en Atención Primaria (de Centro de Salud y de profesional) y en Atención Farmacéutica.

En la atención especializada la elección es más limitada, si bien se está ampliando, tanto en la elección de una primera consulta de especialista, como en la posibilidad de solicitar una segunda opinión para confirmar un diagnóstico o una propuesta de tratamiento. En todo caso, salvo casos de urgencia, para ir a un especialista tiene que haberlo indicado el médico de atención primaria (médico de familia o pediatra).

En otros países (como Francia) la elección de los pacientes es más amplia. Pueden elegir médico y especialista libremente, y no es obligatorio acceder a través del médico de Atención Primaria, sino que se puede acceder directamente al especialista.

3.6. Coordinación de Redes de Atención.

En España la organización de las Redes Asistenciales es competencia de cada Comunidad Autónoma. También la definición de los Circuitos Asistenciales mediante los que el paciente puede acceder a los servicios.

En la mayor parte de los Servicios Regionales de Salud hay una Red "propia" y una serie de servicios "concertados", que se vinculan de manera más o menos estrecha a la Red.

La Red "propia" son centros de propiedad o "titularidad" pública, con personal "estatutario". Así son la mayor parte de los Centros de Salud, y buena parte de los Hospitales Generales.

Además hay una serie de Hospitales o Servicios "concertados", que pueden incorporarse a la "Red" de utilización pública. Es decir, el paciente acudirá a estos centros a cargo del servicio público, previa autorización de los médicos responsables.

RED DE ATENCIÓN SANITARIA REGIONAL			
Consejería de Salud			
Servicio Regional de Salud		Dirección de Salud Pública	
Dirección de Atención Sanitaria			
Gerencias de Atención Primaria	Gerencias de Atención Especializada	Gerencia de Emergencias	Dirección de Farmacia
Centros de Salud	Hospitales	Uvi-Móviles	Oficinas de Farmacia
Centros de Especialidades		Helicópteros	Farmacia
		Ambulancias	
Centros Privados Concertados		Centros Privados no Concertados	

Los pacientes que residen en una determinada localidad suelen utilizar un Centro de Salud y un Hospital o centro de especialidades, que suelen ser los más cercanos a su domicilio. Puede ocurrir

que en ese hospital no exista una determinada especialidad o no se realice una técnica concreta. Entonces se derivará a este paciente a otro hospital donde exista esta técnica.

Algunos Servicios o Unidades se consideran de Referencia. En el Sistema Nacional de Salud hay un procedimiento para la designación de este tipo de centros, a los que se puede derivar pacientes de cualquier región, y que reciben una financiación complementaria de los Fondos de Cohesión del SNS. En otro capítulo se habla de los centros de tercer nivel.

Cada Servicio de Salud establece unos mecanismos de supervisión para que la atención a los pacientes se realice en las mejores condiciones y para garantizar la coordinación entre los centros y servicios. Además de las Gerencias de Atención Primaria y de Atención Especializada (hospitales) puede haber Gerencias de Área que integran a las dos. Si no es así, existe en el ámbito Provincial y/o Regional una serie de Direcciones que pueden coordinar los diferentes servicios. También existen Unidades de Atención al Paciente/Usuario, que resuelven las dificultades que se puedan producir en el circuito de atención. También hay Unidades de Inspección, Auditorías, y diferentes sistemas de evaluación.

Para la garantizar el funcionamiento coordinado del Sistema Nacional de Salud el Parlamento Nacional y el Gobierno de España mantienen unas competencias importantes, y una serie de instrumentos operativos: Presupuestos Generales del Estado y Modelo de Financiación (que deciden cuánto dinero va a recaudar el Estado y cuánto corresponde a las CCAA), Leyes Básicas y Orgánicas (que definen las prestaciones garantizadas), Agencias e Institutos especializados (Instituto de Salud Carlos III, con laboratorios nacionales, epidemiología, etc., Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios, Organización Nacional de Trasplantes), Alta Inspección, etc. Además, un órgano de coordinación entre el Gobierno de España y las Comunidades Autónomas en materia de sanidad permite definir Estrategias Comunes para el SNS. Es el Consejo Interterritorial del SNS formado por la persona titular del Ministerio de Sanidad y los Consejeros de Sanidad de las CCAA.

Para la garantizar el funcionamiento coordinado del Sistema Nacional de Salud el Parlamento Nacional y el Gobierno de España mantienen unas competencias importantes, y una serie de instrumentos operativos

3.7. Redes Europeas y Mundiales.

Desde 1986 formamos parte de la Unión Europea. La Unión Europea dispone de algunos Centros, como el de Epidemiología, fondos para investigación y cierta capacidad de coordinación a través de la Comisión Europea y el Comisario de Salud. En 2005 se aprobó una Directiva que regula el reconocimiento de los títulos de especialistas médicos y en 2010 se aprobó la primera Directiva europea sobre servicios de salud, la cual regula exclusivamente la asistencia sanitaria transfronteriza.

También hay una Red Mundial, en la **Organización Mundial de la Salud**, con sede en Ginebra, y que cuenta con Oficinas Regionales. La de Europa está en Copenhague. Dispone de diferentes centros especializados para problemas de salud.

4. Nuevas necesidades de atención sanitaria: Envejecimiento y Cronicidad.

En el Siglo XXI se han producido cambios demográficos (migraciones, envejecimiento), epidemiológicos (cronicidad), sociológicos (más formación, más movilidad), tecnológicos (telefonía, internet) que se traducen en nuevos retos y nuevos problemas de atención.

Nuestro modelo de atención sanitaria se diseñó a lo largo del Siglo XX, concretándose en la Ley General de Sanidad de 1986, y respondía a un panorama muy diferente al actual.

En los primeros años del Siglo XXI se han producido modificaciones significativas respecto a las necesidades y las oportunidades de atención.

Cambios demográficos: migraciones, envejecimiento de la sociedad; cada vez hay más proporción de personas mayores de 65, 75 y 85 años.

Cambios epidemiológicos: cada vez hay más procesos de enfermedad de larga duración, crónicas, que nos acompañarán toda la vida (enfermedades neurológicas, cardíacas, mentales,

respiratorias, músculo-esqueléticas, etc.). Muchos de estos procesos tienen que ver con costumbres, hábitos de vida y de consumo (sedentarismo, dietas hiper-calóricas, consumo excesivo de alcohol, consumo de tabaco, etc.). Muchos de estos procesos producen discapacidades que van a requerir apoyos duraderos.

Cambios sociológicos y culturales: la familia es más pequeña, urbana, con menos apoyos cerca de casa. Hay más movilidad laboral y cambios de residencia. Hay más mujeres incorporadas al trabajo fuera del hogar, y menos mujeres dedicadas al cuidado de personas en la familia. Hay más formación. Hay nuevas situaciones de conflicto familiar. Hay una mayor diversidad cultural.

Cambios tecnológicos: acceso y utilización de las nuevas tecnologías de información y comunicaciones, telefonía móvil, internet. La televisión, el internet, los videojuegos, etc., se transforman en vehículos de comunicación de los nuevos valores sociales (más allá, o además, de la familia, de los amigos y de la escuela). Los cambios tecnológicos favorecen la globalización de los problemas y de las posibles soluciones.

Todos estos cambios presentan nuevos retos y nuevas oportunidades para la atención sanitaria, y requieren un **“rediseño” de las Redes de Servicios.**

Una propuesta para este rediseño es formular **Estrategias que integren y coordinen funciones de las redes sanitarias y las redes sociales.**

Los procesos de atención a personas mayores, con la prevención de la fragilidad y de la dependencia podrán utilizar algún medicamento pero se beneficiarán más con el desarrollo de programas de envejecimiento activo desde los servicios sociales.

En un capítulo de este libro se desarrollan los servicios de atención a la dependencia.

¿Qué pueden ofrecer los servicios sociales en relación con la atención sanitaria y viceversa? La Red de Servicios Sociales

cuenta con una serie de Centros y de programas que pueden integrarse o coordinarse con las Redes de Servicios Sanitarios para mejorar la atención de las personas.

4.1. Atención social. Prestaciones.

Los Servicios Sociales cuentan con redes más o menos desarrolladas en las diferentes CCAA.

Hay una red Centros y Servicios de Información y Atención Primaria, dotada con Trabajadores Sociales y otros profesionales (educadores sociales, psicólogos, etc.). Y hay un red de Atención Especializada, con diversos tipos de Centros y Programas: Centros de Día para personas mayores, Centros de Día para personas con discapacidad (física, psíquica, enfermedad de Alzheimer, mental, etc.), Centros Residenciales para personas mayores, Centros Residenciales para personas con discapacidad, Centros Ocupacionales para personas con discapacidad, Centros Especiales de Empleo, Programas de Empleo con apoyo, Programas de Ayuda a Domicilio, Tele-asistencia para personas mayores, Centros y programas de apoyo a la familia, Centros y programas de atención a menores, prestaciones económicas, etc.

En estas redes se ofrece atención social, con una serie de prestaciones que, en algunos casos, están garantizadas por leyes nacionales (ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia) o leyes regionales.

4.2. Nuevas Redes de Atención sanitaria y social:

Las Nuevas Redes socio-sanitarias coordinan o integran servicios sanitarios y servicios sociales para ofrecer una atención integral y de calidad a lo largo de la vida de la persona.

Las nuevas Redes de salud y servicios sociales deben ir orientadas más que a las estructuras y los dispositivos, a los resultados y a los procesos de atención. Las nuevas redes deben mejorar la atención a las personas, mejorando la eficiencia en el uso de

recursos, garantizando la equidad en el acceso, la sostenibilidad de los servicios públicos y la cohesión social.

Las redes deben ser menos rígidas, los centros y los niveles deben ser menos estancos, más abiertos, más flexibles, más intercomunicados.

El objetivo es ofrecer una atención integral y de calidad a lo largo de la vida de la persona.

Las nuevas Redes tienen que aprovechar las nuevas oportunidades: más capacidad de las personas para gestionar información y procesos, cultura de innovación permanente, formación continuada de los profesionales, nuevas tecnologías, sistemas de información potentes.

Estas nuevas necesidades y estas nuevas oportunidades se han ido reflejando poco a poco en las estructuras organizativas y se irán incorporando al diseño de las Redes de Servicios para la atención a las personas. En 2010 el antiguo Ministerio de Sanidad y Consumo pasó a integrar los Servicios Sociales y se denominó Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y más tarde Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. También varias CCAA han creado Consejerías de Salud y Servicios Sociales.

4.3. Características de las nuevas Redes de Salud y Servicios Sociales

Señalamos seis características:

- a. El ciudadano como nuevo agente de salud
- b. Continuidad de cuidados e integración de procesos
- c. Circuitos de atención más flexibles
- d. Participación social
- e. Participación profesional
- f. Valores comunes

4.3. a. Protagonismo de los usuarios de los servicios. El ciudadano como Nuevo Agente de Salud.

Una persona entrenada puede aprender a gestionar su enfermedad crónica.

Promover la autonomía de la persona significa fomentar su capacidad de tomar decisiones bien informadas. Para ello será importante el entrenamiento, la formación y educación para una vida saludable y para la gestión de su enfermedad. **Las escuelas de salud y cuidados** y los programas de educación y promoción de la salud son un elemento esencial. La colaboración con las escuelas y las familias es elemento indispensable.

El paciente crónico, o la persona con una discapacidad, pueden **entrenarse para gestionar mejor su proceso**. La familia o las personas cercanas (cuidadores) tienen también que conocer el proceso para colaborar activamente si es preciso. Cada vez más los pacientes van a auto-gestionar sus procesos con el apoyo de profesionales y con información y entrenamiento. En las nuevas redes de servicios, la persona (paciente, usuario) se convierte en un verdadero Agente de Salud.

También el paciente, el usuario, debe aprender a **utilizar de forma adecuada los servicios sanitarios y sociales**. Debe ser responsable y respetuoso. Junto a la exigencia de los derechos de atención en los servicios públicos es necesario asumir también los deberes de cuidado y de respeto. Una utilización inadecuada de los servicios públicos conduce a su deterioro.

4.3. b. Continuidad de cuidados a lo largo de la vida. Integración y coordinación de funciones.

*Las redes de servicios deben diseñarse para garantizar una **atención integral***. No es preciso que dependan de una misma estructura, de una misma organización. Pero sí es preciso que estén fuertemente coordinadas, y es deseable que consigan integrar algunas funciones.

Entre esas **funciones que conviene integrar** en las redes

sanitarias y sociales se pueden subrayar las siguientes, junto con los instrumentos necesarios para ello.

- **La planificación**, con un mapa de servicios único. En algunos casos se duplican servicios, centros de día, programas de atención domiciliaria, centros de rehabilitación, entre los servicios sanitarios y sociales. En otros casos existen carencias. Se debería realizar un Mapa de Servicios integrado.

- **El sistema de acceso**, con una Tarjeta identificativa única. La Tarjeta Sanitaria y la Tarjeta Social puede ser la misma. El acceso a los servicios se garantiza con la misma tarjeta. Esto permite disponer de una Base de Datos común.

- **El sistema de registro de datos**, con la Historia Clínica y Social integrada. En algunos Centros de Salud y en casi todos los Hospitales hay Trabajadores Sociales que elaboran la Historia Social del paciente. En los Centros Sociales de Atención Primaria (Centros Base) también hay Historia Social de las personas que requieren su atención. También hay otra Historia en los Centros de evaluación de discapacidad, etc. En el enfoque de atención a lo largo de la vida que requiere la persona, debería poder beneficiarse del acceso a toda la información relevante y útil. Los medios actuales ya están permitiendo el acceso a la Historia Clínica Electrónica común. También se están desarrollando Historias Sociales Electrónicas en diferentes Regiones. La compatibilidad de las Historias Clínica y Social y el acceso de los profesionales autorizados en beneficio de los usuarios debe ser un objetivo.

- **La coordinación de intervenciones, con los Protocolos comunes**. Muchos procesos de atención requieren la intervención de servicios sanitarios y servicios sociales. Por ejemplo la visita domiciliaria de enfermera o del médico y la ayuda a domicilio y la tele-asistencia de los servicios sociales. Son procesos que se pueden y deben integrar.

- **El seguimiento y apoyo al usuario, con los Gestores de casos comunes**. La atención primaria de salud y la atención primaria social tienen la función de "puerta de entrada" y también la de gestor de casos y de procesos de atención. En

los procesos de atención a la cronicidad, a la discapacidad y a la dependencia (en muchos casos envejecimiento), los servicios sociales y sanitarios deben integrar sus intervenciones sobre la misma persona.

- La inspección y el control. La información de resultados y la evaluación, **con Sistemas de evaluación y de información comunes.** También es importante que se integren los sistemas de evaluación para que se vaya generando una cultura de trabajo centrada en los resultados en salud y autonomía de la persona. En la forma de trabajo del siglo pasado, cuando no había casi recursos, los objetivos de las Redes eran: crear nuevos dispositivos, residencias, centros de salud, más profesionales, etc. Ahora deben centrarse en conocer si hay menos personas con discapacidad prevenible. Si hay menos enfermedades prevenibles. Si la evolución de los procesos crónicos deriva en dependencia o consigue mantener un grado suficiente de autonomía de la persona, etc. Por eso es importante unificar los sistemas de evaluación y de información.

FUNCIONES A INTEGRAR EN LA RED DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES	
Planificación	Mapa Social y Sanitario único
Sistema de Acceso	Tarjeta Social y Sanitaria única
Sistema de Registro	Historia Clínica y Social integrada o compatible
Intervenciones y Prestaciones	Protocolos integrados
Seguimiento y apoyo al usuario	Gestores de casos comunes
Inspección y Control	Sistema de Evaluación común

4.3. c. Circuitos de atención más flexibles.

Los nuevos circuitos de atención deberán tener la capacidad de combinar las prestaciones sanitarias y sociales que más convengan a la persona en función de sus necesidades. Acercar la atención al paciente, al usuario, y combinar todas las posibilidades de las Redes.

Un modelo interesante se ha desarrollado en los últimos 20 años en la atención a personas con enfermedad mental, ya que se han combinado dispositivos y programas sanitarios y sociales (hospital, hospital de día, consulta externa, centro ocupacional, centro de rehabilitación, vivienda tutelada, etc.).

En esta misma línea, un médico de familia que atiende a una persona mayor que vive sola, podrá solicitar al centro de Tele-asistencia que incorpore en un chequeo telefónico semanal una serie de comprobaciones. En función de estos datos podría ser necesaria la visita de la enfermera, o la solicitud de una ayuda a domicilio periódica, etc.

La coordinación en procesos de diagnóstico precoz de discapacidades o trastornos del desarrollo (que pueden haberse realizado en pediatría), y la derivación a unidades de estimulación (que suelen depender de servicios sociales), es fundamental. La prevención de la discapacidad, o la intervención precoz para disminuir su impacto es una herramienta insustituible. En muchos casos están los recursos y lo que falta es una buena coordinación.

DISPOSITIVOS DE LA RED DE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

CIUDADANO /FAMILIA	GESTOR DE CASO	
Aten Domiciliaria/Escuela/trabajo	Centros Sanitarios	Centros Sociales
Ayuda a domicilio	Centro de Salud	Centro Social
Tele-asistencia	Hospital	Centro Base
Hospitalización a domicilio	Hospital de día	Residencia de mayores
Visita domiciliaria de médico/enfermería	Cirugía Mayor Ambul.	Residencia asistida
Acceso a Historia Clínica	Centro de Especialidades	Residencia personas con discapacidad
Video consulta	Hospital de media y larga estancia	Viviendas tuteladas
Escuela de Salud y cuidados	Centro de Referencia	Centro de día
Centro especial de empleo	Servicio de Urgencias y Emergencias	Centro ocupacional
Empleo normalizado con apoyo	Transporte Sanitario	Centro de atención a la familia
	Farmacia	Centro de atención a menores
		Centro de Rehabilitación

Los nuevos circuitos de atención deberán tener la capacidad de combinar las prestaciones sanitarias y sociales que más convengan a la persona en función de sus necesidades.

En procesos de hospitalización de personas mayores en hospitales generales después de una intervención u otro tipo de asistencia, la persona afectada puede ser atendida en una residencia de personas mayores con un programa de estancia temporal con asistencia reforzada.

Son muchas las experiencias que ya funcionan y que se pueden generalizar.

En este nuevo circuito de atención cobra un papel importante la atención domiciliaria, gracias a la utilización de nuevas tecnologías.

El teléfono móvil, el correo electrónico, la video-llamada, etc., se constituyen en herramientas útiles para la realización de consultas y de programas de seguimiento, tele-rehabilitación, tele-logopedia etc. Se han desarrollado muchas experiencias tanto desde atención primaria sanitaria y social como desde atención especializada.

Las consultas telefónicas en Atención Primaria y Especializada disminuyen el número de consultas presenciales, y permiten atender a pacientes en diferentes lugares. Lo mismo el correo electrónico. Todos estos mecanismos disminuyen la presión asistencial en los Centros Sanitarios tradicionales.

Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria son un ejemplo muy interesante de hospitalización domiciliaria después de una intervención quirúrgica mayor, con el entrenamiento adecuado del paciente y la familia, y con seguimiento telefónico.

Las sesiones clínicas por videoconferencia, las intervenciones quirúrgicas on-line, etc., son nuevos instrumentos para compartir experiencias y lograr mejoras en los resultados.

En definitiva, se están construyendo Redes de atención "virtuales", muy flexibles, con gran compromiso de los profesionales, que tienen el apoyo de la Institución.

Hay ejemplos de éxito, en los que la suma de la iniciativa y

el conocimiento de los profesionales, junto con el apoyo de la Institución, han obtenido resultados excelentes. El modelo de implantación de un sistema de imagen radiológica digitalizada en Castilla-La Mancha (sistema YKONOS), y el centro de diagnóstico virtual son paradigmáticos. La exploración del paciente se realiza en un Centro Sanitario de la Región y las imágenes están a disposición de los profesionales de atención primaria y atención especializada en cualquier punto de la red (con las claves de acceso autorizadas). En el Centro Virtual un radiólogo puede estar informando imágenes de una exploración realizada en otro centro de la región, desde su puesto de trabajo, o desde del ordenador portátil de alta resolución. De esta forma se pueden agilizar los informes, o contar con una segunda opinión.

Un esquema similar se está desarrollando para la Anatomía Patológica, con herramientas de tele-diagnóstico.

También es un buen ejemplo de la nueva manera de organizar redes el Instituto de Mastocitosis de Toledo. Un centro abierto a pacientes de todo el mundo, a través de teléfono e internet. Con apoyo a los profesionales de cabecera de los pacientes. Con una fuerte apuesta en investigación e innovación y participación de las asociaciones.

4.3. d. Participación social.

La mayor capacidad de organización social, la mejor formación, y una mayor disponibilidad, permiten a las asociaciones de pacientes, de consumidores, de familiares de personas con discapacidad, de usuarios de los servicios, poder plantear los problemas con que se encuentran y proponer soluciones. En algunos casos pueden ayudar a gestionar las propias soluciones planteadas.

En la sociedad del Siglo XXI no es posible concebir una red de atención sanitaria y social sin participación de la sociedad organizada a través de Asociaciones de personas afectadas.

Esta participación debe facilitarse en el **análisis de los problemas y la elaboración de los planes y programas. En la evaluación del funcionamiento de los servicios.** Y,

en algunos casos, en la gestión de los propios servicios como parte de los órganos de dirección de centros públicos, o como administradores de centros de titularidad privada, de las propias asociaciones.

Cada Región y cada Red pueden definir su modelo de participación. Cuanto mejor sea dicho modelo, mejor funcionará la red.

4.3. e. Participación profesional.

En este tipo de servicios a las personas los profesionales tienen una gran capacidad de decisión. **La formación de los profesionales y su compromiso con el servicio es fundamental.** ¿Por qué? Por su conocimiento de los problemas, su capacidad de diseño de soluciones y la necesidad de su implicación directa para la aplicación y el desarrollo efectivo.

Ese compromiso puede reforzarse si se diseñan modelos de participación en la propia organización, o en el diseño de planes y programas.

La participación debe ser real, además de estar formalizadas en estructuras colegiadas operativas (consejos de dirección, planificación, evaluación, grupos técnicos, etc.).

La autonomía de gestión y el trabajo en red, permiten aprovechar al máximo las capacidades profesionales de toda la Institución.

Buenos ejemplos de participación son los modelos de autogestión en Centros de Salud, o en Áreas de Gestión hospitalaria (Institutos de Gestión Clínica). La asignación de un presupuesto y la delegación de responsabilidades en la organización del servicio permiten aprovechar cualidades y optimizar resultados.

4.3. f. Redes de Servicios soportadas en Valores comunes.

Las redes de atención sanitaria y social que planteamos para

el Siglo XXI no son redes "neutras". Planteamos una "filosofía" que se alimenta de valores, de principios. El acceso de todas las personas en función de su necesidad, con financiación pública. La atención integral a la persona. El respeto profundo a la persona, a su capacidad. El respeto de la persona a los profesionales. El compromiso de los profesionales con los servicios para la atención integral de las personas. El apoyo decidido de la Institución a los profesionales. La responsabilidad de cada uno en cumplir sus obligaciones, y en hacer una utilización responsable de los servicios. La apuesta por la innovación permanente. La apuesta por la calidad y la investigación. La eficiencia como compromiso ético.

Valores que generan una confianza de las personas usuarias de los servicios, y de los profesionales, en unas "redes de servicios", en unas organizaciones, que están pensadas para lograr un espacio de encuentro satisfactorio entre ambos.

Conclusiones.

Las redes de atención sanitaria son la forma de organización de los centros y servicios sanitarios de una Región o de un País, para ofrecer atención sanitaria a la población. Cada país organiza sus redes en función de su historia y su experiencia.

Las nuevas necesidades demográficas y epidemiológicas del siglo XXI (migraciones, envejecimiento, cronicidad, dependencia), plantean nuevos retos para la atención a las personas, y las nuevas condiciones culturales, y tecnológicas, ofrecen oportunidades para la prestación de servicios. Las nuevas redes de atención sanitaria tendrán, entre otras las siguientes características:

La diversidad cultural, promoción de la autonomía de las personas, el fomento y entrenamiento de la capacidad de autogestión de los procesos por parte de los pacientes y las familias, la responsabilidad de las personas en la prevención de enfermedades y de la discapacidad, así como en la utilización de los servicios, convierten a los ciudadanos en verdaderos agentes de salud, junto a los profesionales sanitarios. Los ciudadanos como agentes de salud son parte fundamental de la nueva "red de atención sanitaria".

La integración y/o coordinación de los servicios sanitarios y sociales es una respuesta adecuada para el diseño de las nuevas redes de atención. Son redes que tienen que garantizar la atención integral de las personas y de las familias, así como la continuidad de los cuidados a lo largo del proceso y a lo largo de la vida. Deben diseñarse como redes flexibles y dinámicas, que sepan adaptarse a las necesidades y los entornos cambiantes.

La utilización generalizada de las nuevas tecnologías de información y de comunicaciones, permite ofrecer atención domiciliaria y tele-asistencia, y facilita a las personas la gestión de sus procesos de enfermedad si cuentan con un entrenamiento adecuado.

Bibliografía y enlaces.

Lamata F. Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1998.

European Observatory on Health Systems and Politics. Spain HiT (2010):

<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory>

Sistema Nacional de Salud. España 2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Madrid.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:

<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/actDesarrollada.htm>

Estrategia 20/20 de Salud y Bienestar Social. El modelo de Castilla-La Mancha:

<http://www.plansaludybienestarsocial.jccm.es/images/stories/documentos/estrategia.pdf>

Jiménez-Martín S, Oliva J, Vilaplana C (coordinadores). Sanidad y Dependencia: matrimonio o divorcio. Círculo de la Sanidad. Madrid 2011.

Documentos y estadísticas de política social de la OCDE

<http://www.oecd.org/home>