

# Formulación de políticas sociosanitarias: dificultades y perspectivas

(Formulation of social and health policies: difficulties and perspectives)

**E**l término «sociosanitario» es confuso y considero relevante, antes que nada, clarificar qué se entiende por esta cuestión. El debate, al menos en nuestro país, está caracterizado por la constatación de falta de oferta y desequilibrio en torno a la cobertura de las necesidades sociales de determinados colectivos o individuos desde el sistema sanitario. Es decir, la constatación de la imposibilidad de garantizar la continuidad de los cuidados o la atención integral a estas personas.

En nuestro entorno, lo sociosanitario se ha asociado a cuestiones como el envejecimiento y a las políticas relacionadas con los mayores, pero esto no es del todo correcto. El concepto hace referencia sobre todo a las necesidades de las personas con dependencia, y esto no es exclusivamente una cuestión relacionada con la edad. El término «dependencia» se refiere, en el contexto de la protección social, a la atención y los cuidados que precisan las personas que no pueden realizar por sí mismas las actividades esenciales de la vida cotidiana, como desplazarse, cuidarse, bañarse o vestirse. El Consejo de Europa define como personas dependientes a quienes, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria. Hablamos, entonces, de niños con trastornos graves de desarrollo, jóvenes y adultos con secuelas graves de accidentes, personas con deficiencias intelectuales graves y profundas, sujetos afectados de graves y generalizadas lesiones neurológicas, enfermos mentales con graves deterioros y, en general, pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. A los que podemos añadir las personas en situación terminal o en situación aguda con una necesidad puntual de atención domiciliaria.

Esta asociación entre atención sociosanitaria y personas mayores puede deberse a que la primera iniciativa fue el programa catalán «Vida als anys» (1986), que surge de la preocupación desde el ámbito sanitario por la ocupación de camas hospitalarias por personas mayores y por la necesidad de «desmedicalizar» determinados servicios y ofrecer una atención integral en la comunidad. Años más tarde le siguieron el programa valenciano PALET (1996), el programa de atención sociosanitaria de Galicia (1996), el plan de atención so-

ciosanitaria de Castilla y León (1998) y, posteriormente, se fue extendiendo al resto de comunidades autónomas (CCAA) e incluso a la Administración central, que estableció acuerdos y programas sociosanitarios, como el Acuerdo marco y Convenio específico firmado el 14 de diciembre de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y el de Asuntos Sociales<sup>1</sup>.

Sin embargo, para cualquier persona que haya estado implicada en el proceso de transformación de los hospitales psiquiátricos, que se inicia en la década de los ochenta, esta cuestión es más familiar, pues no podía pensarse en la «reforma psiquiátrica» sin apelar a la necesidad de servicios y recursos de carácter social. Por aquel entonces se hablaba de «modelos de atención comunitaria en salud mental» y de la superación de los hospitales psiquiátricos, estableciendo como eje clave para el cambio la necesidad de desarrollar mecanismos de interrelación de los servicios sanitarios y sociales. Entre los servicios que se proponían estaban los siguientes: pisos concertados, pisos supervisados, centros de rehabilitación psicosocial, laboral, etc.<sup>2</sup>.

Ya se mencionaba la falta de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales en el Informe Abril. Y ponía Elola el dedo en la llaga cuando afirmaba que los sistemas sanitarios se desarrollaron para responder a unas necesidades de salud y demanda de cuidados que han cambiado de forma notable<sup>3</sup>. Además del progreso en el desarrollo de las actividades terapéuticas, deben atender los siguientes aspectos: mayor demanda de cuidados y necesidad de coordinarse con los servicios sociales de apoyo; necesidad de prestar una mayor atención a los aspectos preventivos y de promoción de la salud; desarrollo de políticas intersectoriales de actuación sobre los problemas de salud de la población, y mayor demanda de actividades de rehabilitación y reinserción social.

Por tanto, el problema de las carencias se detecta y se inicia desde dentro del sistema sanitario, desde una concepción de la salud, tal como se refleja en la Ley General de Sanidad, basada en un modelo de atención comunitario. Y con unos niveles de expectativas que difícilmente podían ser cubiertas por el entramado de los servicios sociales.

El concepto de atención sociosanitaria debe entenderse, por tanto, desde la perspectiva de la garan-

tía de la continuidad de cuidados, más allá de la existencia de los distintos niveles asistenciales y las administraciones implicadas.

Los problemas en la atención a las personas con necesidades sanitarias y sociales simultáneas se centran en los aspectos siguientes: un sistema sanitario orientado fundamentalmente a lo curativo, sin apenas espacio para la prevención y la rehabilitación; una falta de definición de recursos y servicios específicos; la existencia de servicios gestionados entre 2 instituciones diferentes que plantean problemas no sólo de coordinación, sino de definición (¿el usuario es mío o tuyo?, ¿es de salud o de servicios sociales?), y con la responsabilidad de los cuidados repartida entre diferentes organizaciones, en que hay diferentes prioridades y estilos de gestión y una inercia específica inherente a cada organización.

Analicemos la cuestión de las prestaciones por ser la forma en que se establecen los derechos de los sujetos. Las prestaciones en el sistema sanitario se rigen por una normativa de carácter estatal (Real Decreto 63/95 sobre prestaciones sanitarias) con la posibilidad de establecer prestaciones complementarias en las CCAA, siempre y cuando puedan garantizar su financiación. Los servicios sanitarios gozan de la consideración legal de derecho universal con características de gratuidad. Con respecto a las prestaciones en materia de servicios sociales hay que señalar que no hay una normativa básica que enmarque «el derecho a la prestación social» en todo el Estado. La mayor parte de los servicios sociales tienen la consideración de servicio vicariante, prestado por el sector público con características «graciables» en función de prioridades, disponibilidad de recursos y capacidad de renta de las personas y falta de apoyo familiar.

En el sistema sanitario la respuesta a las necesidades sociales aparece en el Real Decreto 63/95 en el que, por si acaso, ya se establecía en una disposición adicional que «la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose —en todo caso— la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales».

Esta cuestión de reconocer la necesidad —no resuelta— se refuerza con la Ley de Cohesión y Calidad (ley 16/2003), en la que se menciona la «prestación sociosanitaria» en el artículo 14, y se define como el conjunto de cuidados destinados a los enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. Establece,

asimismo, que en el ámbito sanitario la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y, en cualquier caso, comprenderá los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Pero termina afirmando que «la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes». Es decir, se sigue manteniendo que, desde la perspectiva de las prestaciones, nos encontraremos con 2 tipos diferentes y la solución a los problemas de la continuidad de los cuidados será garantizada a través de la coordinación. Pero quiero anticipar que coordinar la escasez es francamente complicado, por mucho empeño que se ponga.

Las prestaciones sociales se caracterizan por una elevada descentralización de competencias que se reparten entre el Estado, las CCAA y la Administración local. No existe una norma equivalente a la Ley General de Sanidad (aunque puede que éste sea el espíritu de la propuesta de la futura Ley de Dependencia). El Estado (artículo 149 de la Constitución) tiene competencia exclusiva en la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad, las bases y la coordinación general de la sanidad, la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social. Cada comunidad autónoma ha desarrollado, por tanto, su propia normativa de servicios sociales. Los municipios son los que tienen que ejercer, en los términos de la legislación del Estado y de las CCAA, la prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social (artículo 25.2.K de la Ley 7/1985 Reguladora de las Bases del Régimen Local) y, dentro de los servicios mínimos obligatorios que necesariamente deben prestar los municipios a sus vecinos, se establece la prestación de servicios sociales en municipios con una población superior a 20.000 habitantes (artículo 26 de la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local). Estos servicios se denominan servicios sociales comunitarios o de atención primaria y se centran, sobre todo, en la información y orientación, además de la atención domiciliaria (apoyos y cuidados de carácter personal, doméstico y técnico a personas o familias con autonomía reducida, a fin de posibilitar la permanencia en su medio habitual de convivencia).

Según el IMSERSO, el grado de implantación y desarrollo de los servicios sociales en España está por debajo de la ratio europea, y hay enormes diferencias entre CCAA, a pesar de haber experimentado un notable avance en la década de los noventa. Presentar una descripción de la situación es francamente complicado debido a que los sistemas de información sobre servicios sociales todavía tienen un desarrollo incipiente en bastantes CCAA, y hay carencias importantes res-

pecto a la tipología de los servicios, contenidos, perfiles de los usuarios, etc. Subrayan que la desigualdad entre CCAA parece una característica común a todos los servicios en la mayoría de sus diferentes aspectos: en cuanto a su grado de implantación y desarrollo, costes, soporte normativo y otras características específicas, como la intensidad o los contenidos que se recogen a propósito del Servicio de Atención a Domicilio.

La principal dificultad en la formulación de políticas sociosanitarias (o de garantizar la continuidad de los cuidados) se encuentra, por tanto, en la existencia de 2 administraciones con objetivos, prioridades, niveles de desarrollo y descentralización diferentes, que necesitan entenderse –hablar el mismo lenguaje– para establecer objetivos comunes. Además de ello, hace falta también impulsar el desarrollo de los servicios y las prestaciones sociales, para poder cubrir las necesidades de estos grupos.

Por todo esto, habrá que estar muy pendientes de la evolución de la futura Ley de Dependencia, pues pretende resolver muchos problemas relacionados con la formulación de políticas sociosanitarias. Esa ley, cuyo anteproyecto fue aprobado por el Consejo de Ministros el 23 de diciembre de 2005, tiene las siguientes líneas básicas: establecimiento de un nuevo derecho de ciudadanía que garantiza la atención y los cuidados a las personas dependientes; garantizar a las personas que no se puedan valer por sí mismas el acceso a los servicios sociales según su grado de dependencia; implantar un Sistema Nacional de Dependencia que priorice la prestación de servicios (ayuda a domicilio, centros de día, teleasistencia, ayudas técnicas, plazas residenciales, etc.); en los casos que no fuera posible, los beneficiarios podrán percibir una prestación económica vinculada para la contratación de un servicio en el mercado privado, y los cuidadores familiares podrán per-

cibir una prestación económica y se incorporarán a la Seguridad Social.

Finalmente, no podemos olvidarnos de mirar hacia dentro del propio sistema sanitario para resolver algunas de las cuestiones pendientes: ¿cuál es el grado de implantación de algunas prestaciones ya reconocidas por ley en el sistema sanitario (léase cuidados paliativos, atención domiciliaria a las personas que no pueden desplazarse, rehabilitación, etc.)?, ¿y el grado de fluidez en las relaciones entre niveles asistenciales, entre diferentes dispositivos (léase gestión de altas hospitalarias)?

El reto, por tanto, se centra en si el sistema sanitario y social será capaz de garantizar la continuidad de los cuidados, y ofrecer un modelo flexible que promueva una amplia oferta de servicios centrada en las necesidades de las personas a lo largo de todo el proceso asistencial, independientemente de quién sea el proveedor o de quién lo financie.

**Idoia de Gaminde Inda**

*Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios, Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, Pamplona, España.*

#### Bibliografía

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Capítulo VII: coordinación sociosanitaria [citado 20 Mar 2006]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/libro-blanco-dependencia.html>
2. García J, Espino A, Lara L. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
3. Elola J. Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma. Barcelona: SG; 1994. p. 34-5.