

RETOS INMEDIATOS EN SANIDAD: LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Emilio Herrera Molina

Director General de Atención Sociosanitaria y Salud.
Servicio Extremeño de Salud

INTRODUCCIÓN, LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SNS.

La realidad actual obliga a la de definición legislativa de competencias en el ámbito socio-sanitario de los diferentes sectores, así como al diseño del modelo de coordinación que permita abordar las necesidades de atención de manera sostenible.

El actual debate, siendo muy complejo por sus múltiples variables, resulta una muestra evidente de la madurez que los sistemas sanitario y social han alcanzado en nuestro país, y anteceden, a una de las grandes conquistas de los últimos años en lo respectivo a las garantías del Estado, en el avance hacia el estado del bienestar.

La Ley 16/ 2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, viene a marcar un antes y un después dentro del sistema sanitario, definiendo en su artículo 14, la prestación de atención socio-sanitaria, como “el conjunto de cuidados destinados a aquellos 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”. A su vez específica, que “ en el ámbito sanitario, la atención socio-sanitaria 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”. Y amplía haciendo referencia a la coordinación intersectorial: “ la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes”.

El diseño de la futura Ley de la Dependencia deberá responder a múltiples cuestiones en el debate sobre la financiación de ciertas prestaciones, el nivel de cobertura de los cuidados a la dependencia por parte del sector público, o la responsabilidad del sistema sanitario sobre prestaciones sanitarias que se vienen desarrollando en centros de atención a la dependencia, así como la financiación de las mismas.

Entre las incógnitas básicas, continúan la definición de un modelo de atención sanitaria a la dependencia que responda a la mencionada Ley de Cohesión y Calidad, con la integración y normalización efectiva dentro del Sistema Nacional de Salud de las prestaciones descritas como socio-sanitarias, y el diseño de un sistema lógico que ayude a coordinar la oferta de servicios que deben atender las necesidades de atención socio-sanitaria: la atención del sector social a la dependencia, y la atención sanitaria de personas dependientes por parte del sector sanitario.

EL MODELO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

CONCEPTOS: ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y CENTROS SOCIOSANITARIOS.

El concepto de **atención socio-sanitaria** ha ido evolucionando, pero ha permanecido asociado al concepto que se refiere a la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presenten simultáneamente dependencia y patologías generalmente crónicas (y a veces causantes propiamente de la dependencia), y que tengan necesidad de cuidados personales y de cuidados sanitarios al mismo tiempo.

La sociedad en su conjunto, ha ido viviendo cómo en los recursos residenciales habitualmente dentro del siste-

ma social, las personas dependientes presentaban cada vez una mayor prevalencia de patologías crónicas, que hacían necesaria la oferta de servicios sanitarios dentro de los propios centros. Esto llevó al necesario desarrollo de asistencia sanitaria en los centros residenciales, bajo la responsabilidad del sistema social. De esta forma, generalmente, se conocen como **centros socio-sanitarios**, aquellos que inicialmente fueron concebidos como centros residenciales de atención a la dependencia dentro del entorno de bienestar social, y que han ido desarrollando servicios sanitarios en su seno, por las propias necesidades de sus residentes, de manera que actualmente ofrecen cuidados personales destinados a la atención a la dependencia y cuidados sanitarios destinados a atender la enfermedad. La necesidad cada vez mayor de atención sanitaria en los mismos, ha hecho cada vez más difícil encuadrarlos dentro del ámbito social exclusivamente, siendo a menudo sus ratios de personal y capacidad de oferta sanitaria, limitada y por tanto, los profesionales y recursos sobrecargados.

De otra parte, el sistema sanitario con una buena infraestructura para la atención curativa en Hospitales de Agudos, pero con una deficitaria red de recursos de atención a patologías crónicas, o bien ha ido reutilizando antiguos centros hospitalarios como centros de cuidados de larga duración, o ha buscado soluciones en las residencias previamente mencionadas que pudieran ofrecer cierta prestación sanitaria en régimen de internamiento.

INTERROGANTES OBLIGADOS

1º) ¿Qué prestaciones exactamente debe ofrecer el sistema público?

2º) ¿Qué prestaciones son competencia de Bienestar Social y cuáles de sanidad?

3º) ¿Cómo integrarlas en nuestros sistemas actuales?:

- ¿Es necesario separar este espacio común socio-sanitario, determinar los ciudadanos que en él se encuentren, y preparar un sistema de atención que les atienda con un régimen contributivo intermedio pero independiente de los sistemas sanitario y el social actuales?,
- ¿O es mejor definirlo, y mantenerlo sólo dentro de uno de ellos?,
- ¿O por el contrario sería conveniente definir adecuadamente las necesidades a ser atendidas, los servicios sociales de atención a la dependencia y los sanitarios adecuados para atender la

patología de las personas dependientes, cada uno desde sus sectores actuales, pero creando un espacio funcional común de coordinación?.

DEFINIENDO EL MODELO

Dadas las graves amenazas del término socio-sanitario como espacio independiente, se debe plantear una acción conjunta desde los sectores social y sanitario, en la que cada sector ayude a delimitar sus competencias, y desarrolle todos los servicios necesarios para aportar una respuesta integral a las necesidades de nuestros ciudadanos, organizando un sistema de servicios coordinado, con procesos bien definidos de intervención intersectorial.

DETERMINANDO EL ESPACIO SOCIO-SANITARIO

El “**espacio socio-sanitario**” por tanto, está compuesto por las necesidades de prestaciones sociales (de prevención y atención a la dependencia) y sanitarias (de atención a la patología) de forma simultánea y continuada, de personas con enfermedades crónicas y discapacidades que conlleven dependencia.

El espacio socio-sanitario puede ser analizado desde diferentes puntos de vista, lo que nos da una descripción diferente de la misma realidad, según se describa en función de:

A). **Tipo de pacientes o usuarios:** (no se trata de restringir las prestaciones sólo a estos grupos, sino de agrupar en función de características similares, para dibujar y cuantificar las necesidades de nuestra población).

a. Enfermedades crónicas progresivas:

b. Enfermedades en situación terminal: Enfermedad convaleciente y recuperación funcional:

d. Enfermedad mental:

e. Discapacidades físicas y sensoriales:

- Enfermedades neurodegenerativas con déficit funcional
- Déficits funcionales por otras patologías
- Lesionados medulares, déficits físicos postraumáticos y grandes discapacitados

- Déficits sensoriales severos

f. Psicogeriatría y discapacidades psíquicas o intelectuales:

B) Tipo de recursos en los que se dispensan los servicios necesarios:

- Régimen de internamiento: Hospital de agudos, Centros de media estancia, Centros de larga estancia.
- Residencias.
- Régimen de tratamiento diurno: Hospital de día, Centros de día.
- -Régimen domiciliario.
- -Medidas de apoyo al cuidador.

C). Perfiles de intensidad y continuidad de cuidados sanitarios:

1) Necesidad de Cuidados sanitarios intensos continuados: personas que requieren cuidados sanitarios continuos e intensos, no curativos, (revisión diaria de médicos, y atención continuada de enfermeras y auxiliares), y/ o en situación de alto nivel de sufrimiento que requieren cuidados complejos para el alivio sintomático destinado a mejorar la calidad de vida. Requieren un entorno sanitario. Es referenciado en adelante como perfil Tipo 1.

2) Necesidad de Atención sanitaria continuada a personas dependientes: cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos, en personas altamente dependientes, que poseen un bajo nivel de autonomía y requieren cuidados o supervisión prolongados dentro de un entorno sanitizado. (revisión médica periódica no diaria, puntual o a demanda, revisión diaria de enfermería, y cuidados continuados de auxiliares). Es referenciado en adelante como Tipo 2.

3) Necesidad de Atención a la dependencia: recursos residenciales (referenciado en adelante como Tipo 3) y domiciliarios de atención y rehabilitación de la dependencia y a la patología.

4) Necesidad de Medidas de apoyo a la red social de cuidados : económicas, fiscales, laborales. **VARIABLES DETERMINANTES DEL TIPO DE SERVICIOS Y RECURSOS NECESARIOS**

- 1). El grado de dependencia: y por tanto la necesidad de cuidados personales.
- 2). La necesidad de cuidados sanitarios: debido a la patología

- 3). La red de apoyo de la que disponga la persona: familiares, cuidadores, posibilidades económicas.

RESPUESTAS ORGANIZATIVAS NECESARIAS

- 1). El resultado final debe ser un Sistema Integral de Cuidados Continuados, para lo cual, se hace necesario:
- 2). Delimitar las competencias de Bienestar Social y de Sanidad.
- 3). Establecer equivalencias territoriales de ambos sectores.
- 4). Conectar los sistemas de información social y sanitario.
- 5). Diseñar procesos intersectoriales.
- 6). Establecer mecanismos de evaluación integrada para evaluar los resultados de la atención integral y la coordinación intersectorial.
- 7). Establecer un plan de acción coordinado de ambos sectores.

ACCIONES ESPECÍFICAS NECESARIAS DESDE LOS SECTORES SOCIAL Y SANITARIO.

a) **COMUNES**: Establecer mecanismos de coordinación (Consejos, Comisiones Funcionales), protocolos comunes, y puertas de entrada.

b) **Sector sanitario**: desarrollo de convalecencia, desarrollo adecuado de la atención domiciliaria, y rehabilitación comunitaria, plazas de cuidados continuados intensos, y refuerzo de la atención sanitaria en centros de atención a la dependencia.

c) **Sector social**: atención de la dependencia en función a la intensidad y no sólo a la edad, adecuada atención de la dependencia psiquiátrica, desarrollo de centros de día y terapia ocupacional, programa adecuado de ayuda a domicilio, desarrollo del voluntariado y sistemas de implicación ciudadana, y sistemas de ayudas familiares (ayudas económicas, exenciones fiscales, permisos laborales para cuidados de familiares, etc).

CLAVES ESTRATÉGICAS

La atención sanitaria a la dependencia, debe ser prestada en su conjunto de la misma manera que la atención curativa de agudos: con el mayor desarrollo tecnológico, el mejor desarrollo científico (Medicina Basada en la Evidencia) y sobre la base del trato humanitario, de los principios bioéticos, y del mayor confort del entorno.

Los principios básicos del sistema integral de cuidados deben adaptarse a un modelo de atención que persiga:

- Una atención informada y debatida, diferente a los cuidados paternalistas previamente desarrollados, que ofrezca respeto a la Autonomía del Paciente y desarrolle además Responsabilidad ciudadana.

- Una atención integral a las necesidades de la persona, fruto de la acción coordinada de diferentes profesionales (interdisciplinar), y de los diferentes sectores (intersectorial).
- Un diseño de la oferta de servicios como fruto de la evaluación de las necesidades de cada población y de los resultados y el impacto en salud de la oferta previa, frente a un desarrollo competitivo y esnobista de las prestaciones.

RETOS Y DIFICULTADES DEL SISTEMA ACTUAL

Las respuestas organizativas del sistema requerirán el afrontamiento de diversos retos, dificultado por diferentes características de nuestro sistema actual:

R e t o s	D i f i c u l t a d e s
Adaptación al cambio de necesidades	Rigidez de estructuras creadas.
Compromiso con el avance del sistema	Falta ética de las organizaciones.
Planificación de objetivos a medio plazo	Cortoplacismo de las planificaciones en salud.
Coaliciones e intersectorialidad	Colisión de normas y defensa de fronteras.
Ampliación constante del escenario que implica mayor dinamismo, variedad y necesidad ágil de cambio.	Mantenimiento de cohesión en el avance.

INTERROGANTES A RESPONDER EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

Existen múltiples puntos a debatir sin una clara respuesta normativa en nuestro Sistema Nacional de Salud:

-Centros socio-sanitarios:

- Definición legal de Centros socio-sanitarios.
- Acreditación de centros :¿Según competencias?.
- La evaluación de prestaciones sanitarias en centros sociales: ¿Qué órgano es competente?
- Concierto de centros y prestaciones: ¿Por “módulos” sanitario y social?.
- ¿Responsabilidad Farmacéutica?, Y ¿En centros privados (Perfil tipo 1,2 y 3)?

-El personal:

- Adscripción, homogeneización de categorías, homologación salarial.
- Profesiones sanitarias: ¿Ser una profesión sanitaria implica la competencia sanitaria de las prestaciones que desarrolla?

-Los servicios:

- ¿Necesidad de financiación para las prestaciones sanitarias?
- Evitar la segregación : la sombra del “etaísmo” y del “causalismo”.

Definición de procesos:

- Definición de procesos intersectoriales y vinculación.

- Normas intersectoriales: ¿Quién legisla?
- Sistema de Gestión: ¿Hacia dónde enfocar la evaluación y financiación?

-El sistema de información:

- Conexión de los sistemas social y sanitario: ¿CMBD y Sistema integrado? (¿Confidencialidad por capas?)

-Competencias de la diputación y corporaciones locales., en el nuevo marco de reparto de competencias.

-Implicación ciudadana:

- ¿Es la financiación una herramienta de responsabilización?
 - Co-financiación de todos los servicios “socio-sanitarios”, vs, Co-financiación en la dependencia y “gratuidad” sanitaria, vs, la descarga social: universalidad de la atención a la dependencia.
- Acción y responsabilización:
 - Del modelo paternalista al social participativo: responsabilidad social de prevención y dispensación de cuidados.
 - Derechos y deberes sobre el patrimonio personal.
- Autonomía: Voluntades anticipadas, Inhabilitación y deterioro.

MARCO LEGAL BÁSICO

CON CARÁCTER GENERAL

- LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
- PONENCIA DE CONRAD ENSENYAT I SACRISTÁN, PRESIDENTE DE FEDERACIÓ D'ORGANITZACIONS CATALANES DE GENT GRAN-FOCCAG: LEGISLACIÓN Y PLANES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.
- LEY 41/2003, DE 18 DE NOVIEMBRE, DE PROTECCIÓN PATRIMONIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
- LEY 51/2003, DE 2 DE DICIEMBRE, DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, NO

DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

- II PLAN DE ACCIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2003-2007.
- REAL DECRETO 63/1995, DE 20 DE ENERO, ORDENACIÓN DE PRESTACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
- REAL DECRETO 496/2003, DE 2 DE MAYO, POR EL QUE SE ESTABLECE EL TÍTULO DE TÉCNICO EN LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA Y EN LAS CORRESPONDIENTES ENSEÑANZAS COMUNES.
- LEY 41/2002 DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA, REGULADORA, DE LA AUTONOMIA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.
- LEY 44/2003, DE 21 DE NOVIEMBRE DE ORDENACION DE LAS PROFESIONES SANITARIAS.
- LEY 55/2003, DE 16 DE DICIEMBRE, DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
- R(98) 9 DE SEPTIEMBRE DE 1998 DEL CONSEJO DE EUROPA
- LEY 5/1987, DE 23 DE ABRIL DE SERVICIOS SOCIALES.

DE CARÁCTER LOCAL

- LEY 2/2002, DE 17 DE ABRIL DE SALUD DE LA RIOJA
- DECRETO 24/2004, DE 16 DE ABRIL, POR EL QUE SE REGULA LOS CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE CONVALECENCIA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LA RIOJA
- LEY 6/2001, DE 20 DE NOVIEMBRE, DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE CANTABRIA
- LEY 6/2002, DE 15 DE ABRIL DE SALUD DE ARAGON

- II PLAN SOCIOSANITARIO DE CASTILLA Y LEON. DECRETO 59/2003, DE 15 DE MAYO.
- DECRETO 92/2002, DE 5 DE MARZO POR EL QUE SE ESTABLECEN LA TIPOLOGIA Y LAS CONDICIONES FUNCIONALES DE LOS CENTROS Y SERVICIOS SOCIOSANITARIOS Y SE FIJAN LAS NORMAS DE AUTORIZACIÓN.
- ORDEN DE 6 DE MAYO DE 2002 DE LA CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES, POR LA QUE SE REGULA EL ACCESO Y EL FUNCIONAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE ESTANCIA DIURNA Y RESPIRO FAMILIAR.
- ORDEN DE 7 DE MAYO DE 2002, DE LA CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES, POR LA QUE SE REGULA LA FINANCIACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ESTANCIA DIURNA Y RESPIRO FAMILIAR.
- CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE INGRESOS EN PROGRAMA DE ESTANCIA DIURNA Y RESPIRO FAMILIAR. ANEXO I, ANEXO II. BOJA N° 55.
- LEY 10/2003, DE 19 DE DICIEMBRE, DEL PARLAMENTO DE LA RIOJA. ORDENACIÓN ECONÓMICA.
- DECRETO 246/2003 DE 2 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE REGULAN LOS INGRESOS Y TRASLADOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DIA.
- LEY 10/2001, DE 28 DE JUNIO, DE SALUD DE EXTREMADURA