

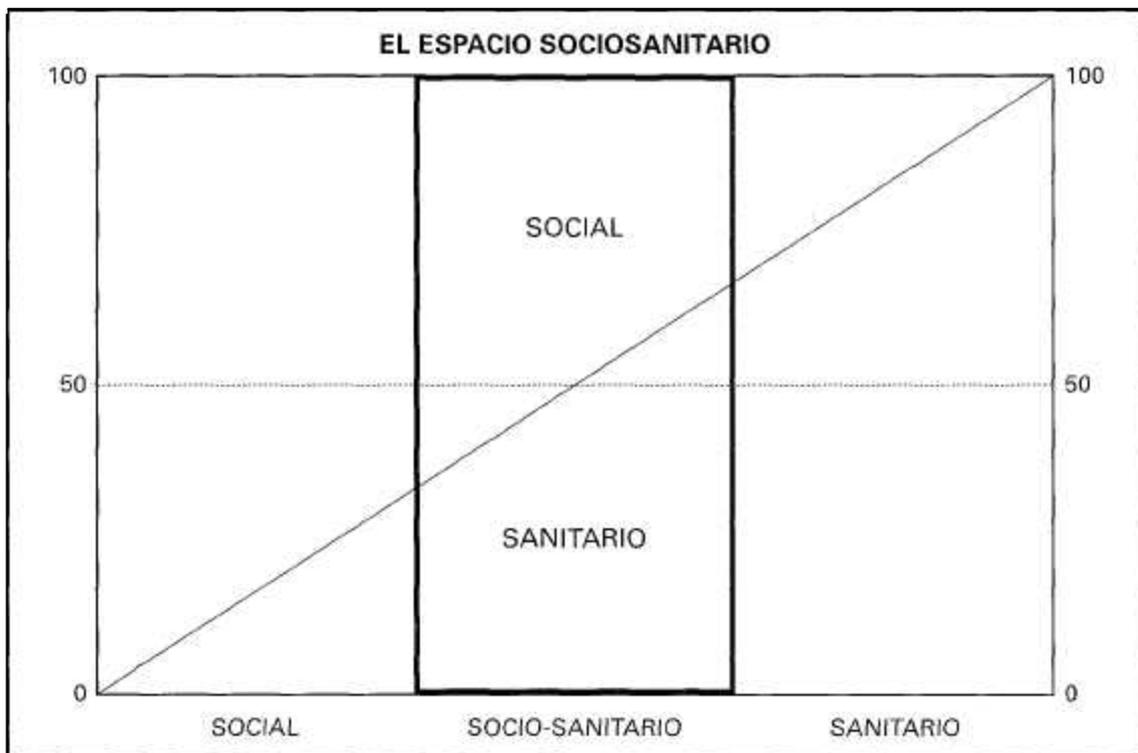
CONEXION ENTRE LA ASISTENCIA SOCIAL Y SANITARIA. ANALISIS ESTRATEGICO

1. LAS PROPUESTAS DE ACCION 1.1.

El espacio sociosanitario

Las necesidades sociosanitarias contienen aspectos relacionados con ambos ámbitos pero su encarnación conjunta e in-

disoluble en las personas que lo padecen obligan a definir y diseñar unos servicios específicos de atención social y sanitaria con características propias derivadas de su carácter integral, en su contenido multidisciplinar en su abordaje y funcionalmente integrado.



Aunque la zona fronteriza de lo sanitario y lo social es muy extensa y variada para su operatividad hemos de diseñar un espacio concreto, real, limitado y por tanto posible que permita su creación inicial y desarrollo progresivo. El espacio sociosanitario se concibe desde la perspectiva de un proceso continuo como una zona intermedia entre el área de claro predominio social y el de la preponderancia de aspectos sanitarios: ese ámbito donde los problemas presentan ambas vertientes social y sanitaria de forma inseparable, interrelacionada y equilibrada. Del acierto en la configuración de este primer núcleo y de su funcionamiento eficaz depende su extensión a otras áreas o ámbitos problemáticos.

El centro de actuación debe basarse en los colectivos que presentan una acusada problemática sociosanitaria, tienen un gran volumen numérico y a quienes la actual falta de coordinación produce una grave desprotección y una atención insuficiente e inadecuada. Los principales grupos son los siguientes:

- a) Personas mayores de 65 años con enfermedades crónicas e incapacidades tanto físicas como psíquicas con especial referencia a las demencias.
- b) Personas adultas con enfermedades crónicas invalidantes que originan una gran dependencia y, en especial los pacientes de hospitales psiquiátricos de larga estancia y grandes inválidos.
- c) Personas con enfermedades terminales (cáncer y SIDA fundamentalmente).
- d) Toxicómanos en fase de reinserción social.

De todos ellos, sin duda es el colectivo de ancianos el que presenta cuantitativa y cualitativamente mayores necesidades por lo que deben constituir el núcleo de atención prioritaria.

Este sistema de atención sociosanitaria debe ser creado y regulado conjuntamente por las autoridades sanitarias y de servicios sociales competentes para garantizar la efectividad de sus medidas y la integridad de sus actuaciones. Esta regulación debe comprender todos los aspectos relativos a la planificación, financiación, provisión, coordinación, evaluación y control de todos los recursos sociosanitarios tanto públicos como privados.

Con este diseño se persiguen los siguientes objetivos:

- a) Asegurar la prestación de todos los servicios tanto sanitarios como sociales que necesiten estos colectivos.
- b) Integrar al máximo ambos aspectos para aumentar la eficacia asistencial y la eficiencia técnica y económica de la red.
- c) Articular adecuadamente los servicios de corta, media y larga estancia de naturaleza sanitaria y social para garantizar la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles y redes existentes ordenando debidamente la oferta de recursos, la demanda de servicios y el flujo de usuarios.
- d) Proporcionar un sistema homogéneo e integrado de información al ciudadano posibilitando una libre elección de recursos.
- e) Generar una información estadística adecuada para la planificación y control de los recursos y de la actividad más integral e integrado.

3.2. El modelo organizativo

La actual situación en que la financiación, la regulación la acreditación, la compra de recursos y la provisión de servicios está entremezclada entre varios órganos y entidades sin separación clara de funciones debe ser modificada.

Los Departamentos de Sanidad y Servicios Sociales de la Administración Central, de los Gobiernos Autónomos, de las Diputaciones Provinciales o Forales o de los municipios financian sus propios centros gestionados directamente, conciertan o subvencionan otros ajenos al tiempo que dictan normas de acreditación de servicios y establecen directrices de participación del usuario en el coste de las prestaciones recibidas. Todo ello en un cruce y descruce de competencias, con redes de diferente adscripción y pertenencia, marcos jurídicos y laborales dispares, con un alto grado de confusión y disolución de responsabilidades.

Con el fin de definir más claramente las competencias y las relaciones de los diversos órganos y agentes se propone la separación de estas funciones en cinco niveles, como se expresa en el cuadro adjunto:

- Nivel de financiación.
- Nivel de regulación.
- Nivel de acreditación, evaluación y control de recursos.

- Nivel de compra de servicios.
- Nivel de provisión de prestación.

El nivel funcional de regulación

La regulación del sistema sociosanitario debe ser competencia conjunta de los Departamentos de Sanidad y Servicios Sociales de la Administración Central o Autónoma, de acuerdo con su marco competencial, en estrecha colaboración con las Diputaciones Provinciales / Forales y entes municipales. Esta función incluye las siguientes misiones:

- Establecimiento de normas de acreditación y autorización de apertura, modificación y cierre de centros, servicios y técnicas.
- Estudio de necesidades y planificación de recursos en el marco de una ordenación territorial compatible con la libertad de elección del cliente.
- Protección y defensa de los derechos de los ciudadanos a la cobertura de sus necesidades en condiciones adecuadas de equidad, libertad y eficacia.

El nivel funcional de financiación

La financiación estará encomendada conjuntamente a los Departamentos de Sanidad y Servicios Sociales de las Administraciones Central y Autonómica así

como a las Diputaciones Provinciales/ Forales y entes municipales de acuerdo con su marco competencial y a los usuarios de los servicios.

Los cometidos principales del órgano colegiado representativo de las citadas instituciones serían las siguientes:

- Provisión del conjunto de recursos financieros públicos necesarios para cubrir las obligaciones derivadas de sus correspondientes marcos competenciales y asignación de los mismos a las agencias compradoras de servicios sociosanitarios de acuerdo a una base capitativa ponderada por criterios de estructura demográfica, dispersión poblacional y en su caso de necesidad.
- Establecimiento de los criterios de participación de los usuarios en la cobertura del coste de los servicios recibidos.
- Control del sistema financiero en su conjunto para garantizar su viabilidad y eficiencia así como el cumplimiento de los compromisos adquiridos por las agencias de compra y las entidades proveedoras de servicios.

El nivel funcional de compra de servicios

La función de disponer de los servicios adecuados para atender las necesidades



sociosanitarias de los ciudadanos correspondería a una Agencia Territorial Pública de compra por cada área sociosanitaria existente, mediante las asignaciones presupuestarias realizadas por los organismos centrales, autonómicos y locales responsables de este ámbito, como se ha señalado anteriormente. Las tareas principales de estas A.T.P.C. serán las siguientes:

- Estudio detallado de las necesidades sociosanitarias del área poblacional asignada y de la demanda previsible de prestaciones y servicios, de acuerdo con las directrices establecidas por los órganos financieros y reguladores.
- Compra de servicios adecuados a la demanda esperada a las entidades públicas y privadas prestadoras en el marco de contratos-programa establecidos periódicamente en cada centro asistencial. El contenido de los contratos-programa se basaría en los siguientes criterios:
 - Gama y número de prestaciones a realizar por el centro.
 - Nivel de complejidad de los servicios a prestar.
 - Precios de coste estandarizados por proceso o prestación.
 - Importe global limitativo de la compra.
 - Cumplimiento de requisitos de acreditación, evaluación y control económico y de calidad.
 - Garantía de coordinación con las redes sanitaria, social y sociosanitaria.
- Garantía de la continuidad de cuidados a los pacientes a través de toda la red sociosanitaria contratada y coordinación con los dispositivos estrictamente sanitarios y sociales.
- Evaluación y control de la cobertura de necesidades de los ciudadanos en el ámbito de su área.

El nivel funcional de provisión de servicios

Los servicios sociosanitarios serían prestados por todos los centros acreditados tanto públicos como privados, lucrativos o no, interesados en facilitárselos al área a través de los correspondientes contratos-programa formalizados con las Agencias Territoriales de compra, garantizando la continuidad de cuidados y la coordinación entre centros y servicios.

Los centros públicos que no lo tengan deberán adquirir personalidad jurídica propia, en el marco del derecho privado, y estar dotadas de plena autonomía de gestión aunque puedan estar integradas en un Ente de superior rango jurídico-administrativo.

El nivel funcional de acreditación y garantía de calidad

Con el fin de asegurar la independencia de criterio, fomentar la participación de los agentes sociales implicados en el tema, recabar la colaboración de autoridades de reconocido prestigio y garantizar la legitimación social del sistema se propone la delegación de las funciones de acreditación de centros y de garantía de la calidad, en aplicación de las directrices emanadas de la autoridad pública competente, a organismos independientes jurídica y administrativamente de los poderes públicos. Su dimensión será reducida y su financiación compartida entre la Administración y los centros acreditados o evaluados.

3.3. El modelo financiero

Con el fin de evitar las disfunciones que se producen actualmente por la diferente *cultura financiera* existente en los sistemas sanitario y social se propone la adopción de un único sistema *neutro* que no cree flujos *contra natura* ni inequidades injustificables entre usuarios.

Para ello, en todos los dispositivos definidos como *sociosanitarios*, independientemente de su procedencia, el coste total de la prestación debe dividirse en dos módulos que representen respectivamente a los servicios sanitarios y sociales prestados: 1) El módulo sanitario engloba las funciones de atención médica, de enfermería y de rehabilitación según el grado de dependencia del usuario y 2) el módulo social comprende el coste hostelero, de animación sociocultural y de integración social. El coste de ambos módulos debe ser *estandarizado* y directamente relacionado con el grado de complejidad de la prestación recibida abandonando las fórmulas de *coste medio por cama* o *precio medio de estancia*.

Los servicios sanitarios deben ser financiados en su totalidad por el correspondiente Departamento de Sanidad, de acuerdo con el sistema general vigente y prestados con sus propios recursos o a través de sistemas de concertación. El coste

del módulo social se financiará por el usuario en la medida de sus recursos, de acuerdo con la normativa en vigor, cubriendo subsidiariamente la parte restante —como ayuda complementaria individualizada para casos de insuficiencia económica— la Administración Pública Autónoma o Local, según su nivel de responsabilidad y la propia institución gestora si cuenta con recursos propios adecuados.

3.4. El cliente como referente del sistema

El sistema debe responder no sólo a las necesidades *objetivas* del usuario sino también a las *subjetivas*, satisfaciendo, en lo posible, sus deseos. En este sentido se proponen entre otras las siguientes medidas:

- Favorecer la libertad de elección de centro por parte del cliente, eliminando, en lo posible, las trabas actuales derivadas de una territorialización rígida o de las peculiaridades de las funciones benéfico-particulares y garantizando la continuidad de cuidados.
- Establecer un sistema de información de recursos único e integral para que el usuario, con el asesoramiento debido, pueda decidir por sí mismo (servicios ofrecidos, nivel de calidad, condiciones de acceso, tiempo de espera, precios, etc.).
- Desburocratizar los procedimientos de entrada a los servicios, estableciendo vías homogéneas para todos, unificando las listas de espera y eliminando los trámites y desplazamientos innecesarios.
- Personalizar los servicios adecuando las prestaciones a las necesidades y deseos de los usuarios, favoreciendo la privacidad y potenciando la autonomía de vida.
- Crear en los centros Servicios de Atención al Cliente como órganos de mediación en la resolución de los problemas de los usuarios.

3.5. Medidas sobre la oferta de servicios

La adaptación de los actuales dispositivos sanitarios y sociales aconsejan la puesta en marcha de medidas a corto y medio plazo que posibiliten la creación de un sistema específico sociosanitario eficiente y equitativo. Para ello se propone la

adopción de las siguientes medidas a nivel de Comunidad Autónoma, algunas de ellas de aplicación inmediata como paso previo a la puesta en marcha de transformaciones más profundas y definitivas:

- Dictar, a corto plazo, normas de definición y de acreditación de centros sociosanitarios a semejanza del Decreto 201/1987 de 19 de mayo y la Orden de 4 de marzo promulgadas por la Generalitat de Catalunya, como elemento de ordenación y condición previa a la concertación.
- Convertir, también a corto plazo, determinados centros sanitarios en sociosanitarios estableciendo en ellos las necesarias adaptaciones técnicas y funcionales. De manera similar, considerar algunos centros sociales de ciertas características como sociosanitarios reforzando para ello los adecuados dispositivos sanitarios. En todos ellos se aplicaría de forma inmediata el modelo de financiación establecido en el punto 3.3. para estos centros.
- Independientemente de su procedencia sanitaria o social la oferta de los centros incluidos en el sistema debe ser especializada y de calidad, es decir, adaptada a las necesidades específicas de sus pacientes, y además, flexible y graduada para responder a las diversas situaciones de los pacientes con dispositivos de atención ambulatoria —asistencia domiciliaria y centros de día— con preferencia a las alternativas de internamiento. Deben fomentarse nuevas modalidades de asistencia más eficientes y satisfactorias para el usuario.
- Establecer la normativa y los estímulos reales para potenciar y canalizar la solidaridad de las personas y grupos sociales posibilitando la aparición de organizaciones que encuadren un voluntariado cada vez más numeroso y de iniciativas sociales de autoayuda, apoyo vecinal y similares.
- Dictar las normas necesarias para que la iniciativa privada lucrativa se sienta estimulada para colaborar de manera ordenada y complementaria con los poderes públicos en el desarrollo de la red de servicios sociosanitarios. Para ello, se debe definir el papel de éstos en el sistema general y, establecer los criterios de acreditación de centros, servicios y

prestaciones y controlarlos para garantizar una calidad adecuada. Esta incorporación normalizada potenciará la capacidad asistencial del sistema y posibilitará una mejor ordenación del sector evitando el intrusismo clandestino y desacreditado.

3.6. La transición al nuevo modelo

La puesta en marcha de un Sistema de Atención Sociosanitario implica la creación de órganos capaces de generarlo, impulsarlo y estructurarlo eficazmente. Para ello resulta necesario, a nuestro juicio, establecer, a nivel de Comunidad Autónoma una Comisión de Coordinación Sociosanitaria, formada por representantes de los Departamentos responsables de la Sanidad y de los Servicios Sociales así como de las entidades locales (Diputaciones y Ayuntamientos) y entidades de iniciativa social. Su misión principal, básicamente técnica, sería la de asesorar a los respectivos órganos ejecutivos en materia de coordinación sociosanitaria en su sentido amplio, lo que supone las siguientes funciones y tareas:

- Delimitar el ámbito sociosanitario operativamente mediante la detección y definición de situaciones y dispositivos asistenciales tanto sanitarios como sociales en los que se plantean estos problemas.
 - Homogeneizar, en lo posible las delimitaciones territoriales sanitarias y sociales a nivel de Área, establecer referentes recíprocos tanto administrativos como técnicos en cada una de ellas y simplificar las relaciones entre ambas redes.
 - Efectuar el diagnóstico de la situación actual de la Comunidad Autónoma por Áreas territoriales definiendo los colectivos de clara demanda sanitaria, los dispositivos asistenciales que les atienden, los problemas que les genera la presente situación de descoordinación, priorizándolos en función del volumen de afectados, la intensidad de sus necesidades y la urgencia de la atención a recibir.
 - Analizar los mecanismos administrativos, organizativos y competenciales actuales que permitan identificar sus puntos negativos y positivos con vistas a una mejora inmediata de la coordinación entre ambas redes.
- Diseñar mecanismos unificados de información y de vías homogéneas de acceso a los diferentes dispositivos para conocimiento de usuarios y profesionales tanto desde la perspectiva de la oferta como de la demanda.
 - Elaborar conjuntamente desde ambos protocolos de acción normalizada en los casos más frecuentes o de mayor gravedad de demanda e implantarlos progresivamente entre los profesionales y responsables de ambas redes. Establecer, además, un órgano arbitral para dirimir las situaciones conflictivas entre los dos sistemas.
 - Efectuar un estudio técnico-económico del diseño y puesta en marcha del Sistema de Atención Sociosanitaria y de su forma de financiación.

Estas medidas provisionales permitirán no sólo iniciar el camino hacia la coordinación de ambos sistemas sino impulsar fuertemente la práctica del trabajo en común.

4. CONSIDERACIONES FINALES

La creación de un espacio sociosanitario específico es una tarea difícil porque supone fundamentalmente un cambio cultural, una modificación de la visión de lo sanitario y de lo social como antagónicos para considerarlos no sólo complementarios sino integrales.

Es indudable además que la solución de cualquier problema sanitario/social —y éste lo es de gran envergadura— implica fuertes esfuerzos administrativos, organizativos, técnicos y sobre todo financieros. Todas las reformas cuestan dinero y la puesta en marcha del Sistema de Atención Sociosanitaria no será una excepción aunque las posibilidades que ofrecen los actuales centros y programas generan expectativas positivas de mejoras de eficiencia a corto plazo sin incremento del coste global.

En el país corren tiempos difíciles desde la perspectiva económica y un mínimo de responsabilidad obliga a adecuar los planes y ritmos de implantación a las posibilidades reales de enfrentarse presupuestariamente a ellas.

No podemos olvidar, sin embargo, que en 1990 España se encontraba a cinco puntos por debajo de la media europea en cuanto a porcentaje del P.I.B. dedicado a protección social. Y según las estimacio-

nes contempladas en el informe económico-financiero de los presupuestos de la Seguridad Social para 1992, España dedica un 20,1% del P.I.B. a gastos de protección social cuando la media de los países de la CE. en 1990 se situaba en el 25,7%, es decir, cerca de 6 puntos por encima (El País, domingo, 29 de marzo de 1992). No cabe duda que estos datos deberían hacer replantear las medidas de restricción contempladas para corregir las negativas tendencias macroeconómicas e introducir

matizados criterios de discriminación positiva al conjunto del gasto social.

No existen motivos, por tanto, para retrasar el inicio del trabajo político, técnico y organizativo necesario para la elaboración del plan de acción y puesta en marcha del Sistema de Atención Sociosanitario cuya implantación debe ser, en todo caso, progresiva y gradual.

José Antonio Aguirre Elustondo