

LOS SERVICIOS SOCIO SANITARIOS POST PANDÉMICOS

Rafael Bengoa, epidemiólogo, codirector SI-Health

Introducción

La pandemia ha supuesto el reto más importante de la historia para el sector social y sanitario. Ha expuesto sus debilidades y la dramática fragmentación entre dos sectores que los ciudadanos creen coordinados.

Esa fragmentación organizativa ha creado condiciones favorables al virus Sars-Cov-2 que ha encontrado una población vulnerable no solo por su condición de personas con enfermedades crónicas sino por el modelo organizativo fragmentado en el que se encuentran.

Es necesario solucionar ambas vulnerabilidades. La primera, la de las enfermedades crónicas crecientes era necesario solucionar porque, aunque la longevidad de los españoles es de las mejores del mundo, esa longevidad viene con una importante condicionante - los años ganados en las últimas décadas no son todos años con buena salud. Por ejemplo, una mujer de 65 años hoy tiene una esperanza de vida de otros 22 años, pero solo 10 de esos años son de buena salud. (OECD, 2019).

Esto se debe a que en la vida de esa mujer no se le ha ayudado a prevenir muchas de las enfermedades que sufrirá de mayor.

Nuestro sistema de salud no es preventivo; únicamente rescata cuando sufres un episodio agudo. Por ejemplo, un 85% de las enfermedades cardiovasculares son prevenibles **Global Burden of Disease (Lancet 2020)** . Sin embargo, el sistema de salud apenas tiene impacto sobre los factores de riesgo que las provoca.

No hay ninguna razón para que eso sea así.

La evidencia indica que un adulto de edad media sedentario, que fuma, bebe y come de forma poco saludable tiene cuatro veces más probabilidades de morir en los próximos 10 años que una persona que no vive así. (The Kings Fund. Tackling multiple unhealthy risk factors: Emerging Lessons from practice. 2018)

La segunda razón por la cual es necesario un modelo más proactivo y preventivo es para asegurar que la siguiente pandemia no pueda volver a provocar el daño de la pandemia actual. Hay pocas dudas que habrá más pandemias en el mundo globalizado de hoy. Es

importante indicar que no todos los virus atacan prioritariamente a los enfermos crónicos pero una gran mayoría sí

La tercera razón por la cual es necesario focalizarse en la transformación del modelo asistencial socio-sanitario y su relación con la cronicidad en nuestra sociedad es por “la regla de los cuidados inversos”. (Tudor Hart 1991).

Esa regla cita que “la disponibilidad de la asistencia médica tiende a variar inversamente con la necesidad en la población servida”. Aunque las fuerzas que condicionan esa regla son más complejas que la visión muy negativa que tenía del mercado su proponente, se han ido confirmando esas desigualdades con el tiempo en múltiples áreas como la disponibilidad de tecnologías y la distribución de médicos y cuidadores en servicios sociales.

El desafío también es de recursos humanos. Se estima que el crecimiento necesario de cuidadores sociales en esa década será de un 25% de profesionales si no se da ningún cambio en la forma de cuidar a esa población.

Se puede concluir que uno de los retos de los próximos años será acertar con los cambios necesarios en el modelo de bienestar y concretamente en el que se refiere al modelo socio-sanitario. Sería dramático que España crezca económicamente entre un 4 y 5 % y que nos encontremos en el mismo nivel de vulnerabilidad social. España reúne condiciones para lograr este cambio, pero es necesario formular un proceso para avanzar desde el ámbito de la política.

El gap de la implementación

España dispone de la capacidad política y analítica para proponer nuevas líneas de actuación, pero su capacidad operativa es débil.

Se han diseñado numerosos planes en España en la última década. Las intervenciones que se ofrecen en esos planes en prácticamente todas las Administraciones son similares. Buscan un modelo más proactivo y preventivo con la consiguiente gestión de la salud poblacional, priorización de los grupos más vulnerables, mejoras de calidad; una mejor gestión de las condiciones crónicas; la integración de cuidados entre niveles asistenciales clínicos y lo social, así como dar más voz a los pacientes.

Internacionalmente el rumbo indicado apunta en la misma dirección. La OMS ha pedido recientemente un modelo de cuidados que se base en la capacidad funcional de las personas mayores y vulnerables para hacer las cosas que ellos valoran.

Esto implica no solo satisfacer sus necesidades de salud sino optimizar y mantener su capacidad intrínseca, por ejemplo, la combinación de todas las capacidades físicas y mentales del individuo. Esto tiene muchas implicaciones, ya que razona el cuidado con

una perspectiva amplia del curso de la vida, desde momentos estables de capacidad, hasta una disminución de la capacidad y finalmente una pérdida significativa de ella.

En las políticas de protección social la falta de implementación se percibe en que, a pesar de las llamadas a unas políticas más preventivas en todos los planes, seguimos con un modelo *centrado en el rescate*, en lo curativo; uno que no atiende proactivamente a las personas más vulnerables con el fin de prevenir que acudan a urgencias y ocupen una cama hospitalaria. (Kate Melvin, 2016)

No parece que es la falta de planificación lo que ha resultado en la dramática situación social durante la pandemia, sino la falta de implementación

Por ello, no conviene seguir hiper-planificando el modelo asistencial perfecto sino más bien **iniciar un proceso de experimentación** para identificar qué modelos mejoran los resultados, nos reduce la vulnerabilidad descrita y son coste-efectivos. Un proceso que ayude a superar el gap de la implementación.

En un terreno tan complejo la forma de avanzar no será de “big bang”. Será incremental, pragmática y posibilista en relación con el presupuesto de los próximos años tanto en España como en otros países.

Para poder avanzar es necesario ser realista y pragmático y sugerir una forma de avanzar **estratégica a los gobiernos** en estos momentos en los cuales están atrapados en lo urgente.

En esa lógica pragmática, avanzar en este terreno de la transformación del sector sanitario y social, es necesario poder estimar no solo el modelo asistencial necesario sino **la inversión necesaria**.

Es necesario recordar que el entorno en el que se deben poner en marcha los cambios no es estable y la pandemia ha agudizado aún más la inestabilidad. Todo ello crea un entorno de complejidad creciente que se expresa por una sobrecarga de información, por la interconexión de los sistemas y por la evidente necesidad de colaborar intersectorialmente.

Ese entorno desafiante no va a desaparecer en los próximos años con lo cual el desafío de implementación es cada vez mayor para quienes quieran impulsar un cambio.

Sin embargo ese entorno aporta también oportunidades. Por ejemplo, la tecnología digital puede ser un enorme aliado en ese esfuerzo de detección temprana de problemas. Puede ayudar a modificar ese sistema de reactivo a proactivo identificando situaciones antes de que sean crisis.

Un proceso para avanzar.

Para poder implementar con eficacia es necesario identificar qué procesos se podrán seguir en España.

Se describen a continuación los pasos que convendría seguir:

A. Definir un objetivo para el país

El objetivo general en servicios sociales debe ser lograr que las personas permanezcan el máximo tiempo posible en sus domicilios. Algunos países proponen como objetivo del ámbito “policy” poder extender el plazo en 5 años antes de solicitar una residencia. (ADASS/TSA Commission, 2021)

Es perfectamente asumible un objetivo parecido para los próximos años en España. Es además sociológicamente deseable ya que las personas prefieren permanecer en sus domicilios el máximo tiempo posible y es más eficiente para el país.

B. Transitar de un ciudadano receptor pasivo de servicios a uno más activo e independiente

Es cierto que la realidad de máxima dependencia de algunas personas no permite una activación. Sin embargo, la mayoría de las personas con necesidades no son personas de alta necesidad y alto coste, sino que, trabajando de una nueva forma con ellas, se puede reducir su dependencia de los servicios y mejorar su vida.

En España se ofrece un servicio estándar a los usuarios. En general los usuarios no han participado en las decisiones de esos servicios. Es necesario empezar el camino hacia una mayor coproducción de los servicios con los usuarios. Es decir, no solo concebir el servicio desde la perspectiva del proveedor, sino analizar *con* los usuarios cómo podría la tecnología apórtales mayor independencia.

Para ello es necesario empezar a concebir el usuario como un agente activo y no un ciudadano receptor pasivo de servicios.

C. Tejer la tecnología digital en todas las decisiones estratégicas de los servicios sociales y sanitarios.

Las barreras son superables si se organiza una política en la cual se relacione estratégicamente los servicios sociales y sanitarios con una inversión e implantación digital. En ese contexto el cambio tecnológico no debe servir para reemplazar los recursos humanos necesarios para los servicios directos a las personas. Deben concebirse con un complemento.

En estos momentos no existe un enfoque estratégico orientado a tejer la tecnología digital en la fábrica de los servicios sociales y sanitarios.

Tras la crisis de COVID-19 se deberán reformar la sanidad y los servicios sociales en España. Esas iniciativas políticas no deben ser ejercicios estratégicos separados de los cambios estratégicos relacionados con la agenda digital.

Este esfuerzo multisectorial no implica que toda la aportación sea pública, sino que sería necesario identificar los partenariados públicos y privados que podrán añadir valor en estas políticas.

D. Evitar la exclusión digital y digitalizar

Es inevitable que se produzca el cambio digital en los próximos años. Si no se planifica bien la exclusión digital impactará negativamente a grupos más vulnerables como ha ocurrido durante la pandemia. En ese escenario la digitalización puede agudizar las desigualdades. Esa exclusión digital durante la pandemia se ha dado tanto en educación como en la sanidad y en los servicios sociales.

Conviene recordar que habrá más crisis – pandémicas, de medio ambiente y económicas – y esos eventos no deben encontrar al país con el mismo nivel de exclusión digital y vulnerabilidad social que la crisis actual.

En ese contexto es importante monitorizar y corregir las desigualdades debidas a la exclusión digital. Para ello será necesario fortalecer las habilidades digitales de los individuos, muy especialmente aquellos individuos vulnerables.

Para operacionalizar e implementar esta actividad se podría;

- “Prescribir” la obtención de esa habilidad digital a ciertos grupos más vulnerables de la sociedad. Esas personas son perfectamente identificables hoy tanto en la sanidad como en los servicios sociales.
- Digitalizar los informes de servicios sociales (los sanitarios se han digitalizado en los últimos años).
- Invertir en conectividad de banda ancha de las residencias y apoyo a las personas vulnerables en sus domicilios.
- Desarrollar un sistema seguro para compartir los datos ente servicios sociales y sanitarios. Se puede concebir que las personas autoricen voluntariamente compartir sus datos entre servicios sociales y sanitarios.

E. Facilitar el papel de implementación por los Gobiernos

Los cambios de modelo de cuidados y de infraestructura digital descritos pueden parecer necesarios, aunque excesivamente ambiciosos para los Gobiernos tanto por su faceta intersectorial como por las implicaciones presupuestarias que pudieran suponer a corto y medio plazo. Por ello se detalla a continuación algunas ideas sobre priorización e implementación dirigidas a ese ámbito decisional.

En Inglaterra la Comisión de Directores de Servicios Sociales con la participación de grupos de gobierno de salud y social (NHSX), tecnológicos y SI-Health (Bilbao,

España) han recomendado la siguiente forma de implementar para el Gobierno inglés a partir de 2021.

Es una forma de avance incremental, pragmática y posibilista en relación con el presupuesto de los próximos años tanto en España como en otros países.

Para poder estimar la importante cuantía económica que supondría digitalizar y cambiar hacia un modelo de cuidados más proactivo y preventivo como el descrito, esa comisión multisectorial solicita al Gobierno inglés avanzar por medio de “*programas innovadores de atención personalizada*” en todas las regiones de Inglaterra. Son una forma de ejemplos piloto pero ambiciosos en cobertura, acción intersectorial y transformación.

La idea central es conjugar un movimiento de arriba abajo con uno de abajo arriba.

Se solicita formalmente que el Gobierno financie esas experiencias locales para determinar el “business case” sobre el que, en una segunda instancia, se escalaría al ámbito nacional.

Habrán 4 etapas en la implementación:

1. **Identificación de buenas prácticas locales:** Trabajar con las personas dependientes y los proveedores de cuidados con el fin de identificar servicios innovadores actualmente existentes en el país. Serían proyectos que avanzan hacia un modelo de servicios proactivo y preventivo. Esta fase duraría 6-9 meses.
2. **Top Down:** Esta fase se implementaría simultáneamente a la fase 1. Se diseñaría un plan de “arriba-abajo” para la transformación del sector socio-sanitario. En ese plan se usarían los **datos de una región** para confirmar cuales son las necesidades prioritarias en esa región y así orientar a las organizaciones proveedoras de cuidados y de tecnologías. Se sobreentiende que se conformarán **partenariados públicos-privados**, pero siempre focalizados sobre las necesidades detectadas de la población.
3. **10 proyectos para identificar el business case:** El aprendizaje de las fases 1 y 2 serán utilizadas para desarrollar el business case para la fase 3. En esta fase se desarrollarían 10 proyectos innovadores incorporando las recomendaciones de modelo y tecnológicas. Esta fase implementará nuevos modelos de cuidados, habilidades digitales, nuevas soluciones digitales, de datos y tecnológicas, identificando las mejoras de resultados en bienestar y económicos.

4. **Despliegue a gran escala.** La fase 4 sería el despliegue nacional o autonómico de todo lo aprendido. En esa etapa se requerirá una inversión importante de los Gobiernos para escalar en el ámbito nacional un nuevo modelo de cuidados y digital.

Conclusión

La pandemia ha puesto de relieve el papel clave que desempeña la asistencia social y sanitaria en nuestra sociedad, incluido su papel en la creación de riqueza y empleabilidad. A partir de ahora el papel de los diferentes niveles de Gobierno debe ser lograr la operacionalización de un **nuevo modelo socio-sanitario**.

Esa transformación no se puede lograr únicamente en el ámbito de la prestación a pesar de toda la buena voluntad de muchos cuidadores y la existencia de innovación a ese nivel.

Por tanto, existe una necesidad urgente de implementar nuevas políticas sociales y sanitarias desde el ámbito macro, de forma sincronizada con los avances tecnológicos en el país. Se ha propuesto en este artículo un proceso realista para ese ámbito macro identificando el business case antes de escalar el cambio.