

OBJETIVO 6

LOGRAR UNA VEJEZ SALUDABLE

En el año 2000, la esperanza de vida al nacer en la Región Europea debería superar los 75 años y debería haber una mejora sostenida y continua en la salud de los mayores de 65 años.

Esteban Carrillo

Hospital General Universitario de Valencia. Subdirección de Análisis y Planificación

Carmen Illa

Hospital General Universitario de Valencia. Unidad de Trabajo Social

1. INTRODUCCIÓN

Hace cinco años introducíamos una serie de reflexiones conceptuales sobre los diferentes modelos de atención sociosanitaria, que enmarcan el desarrollo de una tipología de servicios aún novedosa en España (1).

La evolución de lo que entonces caracterizábamos como un desarrollo incipiente ofrece pocas novedades: los gobiernos autonómicos que presentaban un desarrollo consistente en este campo están profundizando y completando su oferta, mientras el país se ha llenado de las más variadas iniciativas de creación de servicios y recursos denominados “sociosanitarios”.

Una relativa novedad es evidente y debe ser bienvenida: el adjetivo “sociosanitario” se ha introducido de forma ya indisoluble en la elaboración de políticas de salud y servicios sociales en toda España.

Sin embargo, si tuviésemos que calcular hoy las probabilidades de que un ciudadano español afectado por cualquiera de las tipologías de necesidad de atención sociosanitaria recibiese un determinado paquete de servicios, el resultado no sería el de las habituales variaciones en la práctica médica sino que se parecería mucho más al cálculo de probabilidades de los juegos de azar.

Por simplicidad, centraremos este año nuestra valoración en uno de los campos del espacio sociosanitario de mayor importancia cuantitativa: la atención a las personas mayores en que se combinan enfermedad y dependencia. Aunque ello impone un foco muy restrictivo al eliminar otras áreas de gran interés por su diversidad de experiencias (como la salud mental, las minusvalías o las toxicomanías) un abordaje exhaustivo de las mismas haría inabarcable este capítulo.

2. EVOLUCIÓN DE LA OFERTA

La proporción de camas hospitalarias tipificadas en 1997 (2) como de “geriatria, larga estancia o ambas” con una cifra total de 10.759, no llega a suponer el 7% del total. Si excluyésemos de este indicador cuatro comunidades autónomas (Cataluña, Madrid, Canarias y País Vasco), la proporción no llegaría al 3% del total de camas instaladas. Sólo las camas de Cataluña suponen ya casi la mitad. Evidentemente, en un sector con una casi inexistente definición de contenido y características de los recursos, no se puede aceptar el “etiquetado” del catálogo de hospitales como un indicador preciso de la oferta (y la comparación de los mismos datos con los de Cataluña del mismo año arroja un “sub-registro” cercano al 20% de las camas de este tipo).

La comparación de estos datos con los de 1994 (3) revela también un efecto interesante: el crecimiento global de las camas definidas para esta finalidad es relativamente bajo (un 9,6 %) y concentrado también en muy pocas comunidades autónomas. En contra de lo que se podría esperar y exceptuando algunas CCAA, el proceso de reordenación de camas hospitalarias parece haberse realizado a favor de la distribución territorial (4) pero no tanto de la creación de una red de atención de media estancia a problemas geriátricos.

Sin embargo, existe una evidencia positiva: La oferta de plazas residenciales sociales en España para la tercera edad ha pasado de 164.091 en 1994 (5) a 200.684 en 1998 (6).

Aunque de más difícil cuantificación para el conjunto del país por las dificultades de definición y manejo de la información, es también evidente —con los datos conocidos— que la oferta de servicios alternativos a la institucionalización (atención domiciliaria, atención de día y otros servicios) está teniendo importantes crecimientos (7, 8). Y este crecimiento se produce tanto en el sector social como en el sanitario y en las modalidades de financiación pública o privada. A pesar de que aún no se hayan cumplido los objetivos del Plan Gerontológico y nos encontremos lejos de las ratios de oferta de países de nuestro entorno, el sector de producción de servicios asistenciales para la tercera edad empieza a consolidarse en España como un significativo sector económico y de potencial de generación de empleo, al menos en las CCAA mejor dotadas (9, 10).

En base tanto a la información general como al conocimiento de un buen número de iniciativas nacionales y autonómicas, podríamos caracterizar el desarrollo de la atención sociosanitaria en los siguientes elementos:

- El conjunto del sector asistencial para los problemas derivados del envejecimiento crece y se consolida, considerándose uno de los sectores asistenciales con mayores perspectivas de generación de empleo del futuro.
- El crecimiento de este sector es de una enorme heterogeneidad en equilibrio territorial, tipo de recursos desarrollados y balance de la participación de los servicios sanitarios y sociales en este crecimiento.
- En especial, el sector sanitario parece ofrecer dificultades para la reconversión de sus estructuras hacia este campo, aunque con grandes diferencias entre autonomías en este sentido.
- A finales de los 90 la atención sociosanitaria parece haberse convertido, tanto en el sector sanitario como en el social, en un tópico incluido sistemáticamente en el discurso de la elaboración de políticas de servicios públicos y de orientación estratégica del sector privado.

Sin embargo, un análisis detenido de la situación en las diferentes CCAA aportaría escasos cambios desde la revisión de políticas sociosanitarias realizada en 1995: los recursos han crecido, las CCAA más avanzadas han ido profundizando su desarrollo, las menos han comenzado a desarrollar líneas de servicios; pero no podemos decir que el sector haya experimentado un salto cualitativo que nos lleve a revisar con detenimiento nuestra visión de hace cinco años (1, 11).

Esta valoración nos debe llevar a intentar abrir un debate sobre las razones de que, mientras la oferta de servicios sanitarios y sociales se incrementa y la necesidad de coordinar la atención sociosanitaria se coloca en las primeras posiciones de la agenda política, el desarrollo operativo se produzca con unos ritmos de enorme heterogeneidad y lentitud mayoritaria en el conjunto del país.

La consideración de los mecanismos clave para conseguir una integración de la atención sanitaria y social puede ayudarnos a sistematizar este análisis. Recientemente el profesor Kodner (12) consideraba los siguientes elementos como las claves de la integración de servicios sanitarios y sociales:

- Planificación y gestión centralizada
- *Continuum* de servicios/proveedores organizado
- Gestión de casos a través del tiempo, lugar y disciplinas
- Sistemas de información homogéneos
- Gestión de la utilización/calidad
- *Pool* de financiación /financiación capitativa

En esta perspectiva identificamos en nuestro país algunas de las dificultades clave, pero también elementos de superación.

3. PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y FINANCIACIÓN

Aproximarse en España a algo similar a una planificación centralizada entre servicios sanitarios y sociales parece un reto inabordable. Una primera dificultad reside en que en una gran parte del país los servicios sanitarios y sociales se gestionan desde estructuras (departamentos o consejerías) independientes e incluso una buena parte de las CCAA gestiona directamente los servicios sociales mientras los sanitarios son gestionados de forma centralizada por el INSALUD.

Pero las dificultades estructurales no provienen únicamente del nivel de organización político-administrativa sino que radican mucho más en la concepción misma del papel de ambos tipos de servicio: mientras los servicios sanitarios gozan de la consideración legal de derecho universal con características de gratuidad, la mayor parte de servicios sociales tienen la consideración de servicio vicariante que es prestado por el sector público con características “graciables” en función de prioridades y disponibilidad de recursos. Conseguir combinar de forma sinérgica en un mismo cliente servicios de tipo tan diferente y gestionado por administraciones separadas se convierte la mayoría de las veces en un arte de gran sofisticación. En este entorno, los abordajes limitados a mecanismos de coordinación institucional como el Acuerdo de Coordinación INSALUD-INRSO de 1995 tienen bastantes probabilidades de fracaso (11).

Sin embargo, no carecemos de experiencias que permiten abrir vías de avance. Tanto por su grado de evolución como por la riqueza en la generación de mecanismos político-administrativos de planificación, contratación y financiación mixta desde los departamentos sanitario y social es de destacar la experiencia de Cataluña con el Programa Vida als Anys (13). Esta experiencia ha servido de base para la elaboración de enfoques alternativos en otras comunidades.

Precisamente, consideramos como uno de los principales déficits en la elaboración de políticas sociosanitarias los abundantes enfoques que se realizan orientados a la mera coordinación de la transferencia de casos entre servicios sanitarios y sociales. El Acuerdo Parlamentario de 18 de Noviembre de 1998 rompe por fin esta tendencia al incluir entre las medidas propuestas: “Desarrollar una red integrada de servicios sociosanitarios que [...] incorpore todos los recursos disponibles públicos y privados, para facilitar el acceso a los mismos y optimizar los recursos públicos existentes a partir de fórmulas de concertación y autorización que se establezcan.”

4. COORDINACIÓN DE LA PROVISIÓN

Pero seguramente la mayor dificultad para integrar los servicios radica en la rigidez conceptual y operativa, tanto de nuestras estructuras de provisión de cuidados como de los mecanismos de contratación y financiación pública.

Un ejemplo práctico puede servir para representar gráficamente este problema: si un hospital público con excedentes de personal sanitario y no sanitario se plantea reorientar sus recursos humanos a realizar, en coordinación con una residencia asistida, atención domiciliaria (sanitaria y social) en una zona deficitaria de estos servicios, ¿en cuántas provincias del país le podría ser permitida la iniciativa y el acceso administrativo a la contratación de este servicio? Es evidente que la combinación de situaciones de rigidez y monopolio territorial en la contratación de servicios con la ausencia de flexibilidad de gestión en el ámbito local convierten en imposible una solución en principio eficiente a los problemas.

Una vez más, la experiencia catalana es altamente ilustrativa. Estamos convencidos de que una buena parte del éxito obtenido en Cataluña en la creación de una amplia red de servicios integrados radica en la capacidad de haber reorientado hacia este tipo de atención a un conjunto de proveedores que, como consecuencia del proceso de acreditación de los 80, quedaron excluidos del mercado de la hospitalización de agudos. La evolución posterior ha permitido la incorporación a la red también de un conjunto de centros de origen social cuya evolución de complejidad asistencial les acercaba cada vez más al campo sanitario.

Evidentemente, la situación en Cataluña —con un amplio predominio de hospitales concertados— facilitó considerablemente esta evolución. En otras CCAA la situación de partida ofrece perfiles muy diferentes del *mix* de proveedores, siendo el más habitual el de una elevada participación del sector privado (con gran peso del no lucrativo) en el área social, mientras en el área sanitaria se da una situación casi monopolística de los hospitales públicos de gestión directa del INSALUD o autonómica.

Evidentemente el reto de la atención sociosanitaria se encuentra en la capacidad de creación de fórmulas imaginativas que permitan el acceso de los proveedores de origen sanitario o social a la contratación de paquetes integrados de servicios. En este terreno, seguramente la revisión de fórmulas aplicadas en otros campos de evolución histórica muy diferente, como el de la salud mental (14), podría ser de gran apoyo para que las diferentes CCAA encuentren mecanismos viables en su propio contexto organizativo.

5. GESTIÓN DE CASOS

Bajando a un nivel mucho más “micro” de la coordinación de servicios en paquetes integrados, uno de los conceptos punteros de innovación en atención sociosanitaria es el de la denominada gestión de casos o *case-management* (15, 16). El desarrollo de las técnicas que permiten una eficaz gestión de la utilización

de recursos en usuarios que a lo largo del tiempo precisan de una compleja combinación de intervenciones sanitarias, sociales y comunitarias se debería constituir como la aportación conceptual más relevante del ámbito sociosanitario a otros campos (incluida la atención sanitaria de pacientes agudos).

En este tema, nuestras dificultades se inician por la detección de casos, ante la inexistencia de una puerta única de entrada al sistema asistencial. El acceso de un usuario con el mismo tipo de problemas por la puerta sanitaria o social llevará casi inevitablemente en nuestro país a respuestas de valoración y servicio radicalmente diferentes. La introducción de mecanismos de acceso único —ya avanzada en algunas comunidades autónomas— ha de configurar un primer paso en la identificación de problemas de necesidad sociosanitaria.

En un nivel más avanzado, se debe reseñar como de gran interés la evolución espontánea de algunos mecanismos asistenciales como las Unidades de Valoración Geriátrica, UFISS, Unidades de Hospitalización a Domicilio, etc. hacia esquemas de este tipo (17, 18). El desarrollo de mecanismos de gestión del usuario a escala clínico constituye sin duda una clave del éxito para permeabilizar el conjunto de barreras estructurales y culturales que caracterizan la relación de los servicios sociales y sanitarios en nuestro sistema.

6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Por último, la consideración de los sistemas de información. Ser capaces de caracterizar y analizar un espacio virtual de combinación de necesidades que se producen a lo largo de todo un conjunto de recursos de diferente tipología, dependencia y financiación constituye seguramente uno de los retos de mayor calado y complejidad técnica con los que nos enfrentamos. Difícilmente podemos liberarnos del conjunto de tópicos con el que se suele enfocar el problema de la atención sociosanitaria si no somos capaces de identificar dónde están, quiénes son, qué necesidades tienen y qué cuidados reciben los potenciales usuarios con necesidad de recibir un paquete integrado de servicios sanitarios y sociales.

La dificultad de manejo de las habituales fuentes estadísticas citadas más arriba es ya bastante significativa del escaso desarrollo de los sistemas de información en este campo en nuestro país.

Afortunadamente, empezamos a partir de desarrollos relevantes tanto en el campo de los instrumentos más tradicionales de valoración funcional (19), como de los nuevos sistemas de evaluación y clasificación de pacientes (20) o el análisis de los recursos (21). El interés y el desarrollo práctico que algunos de estos instrumentos han despertado en varias comunidades autónomas y equipos de investigación permiten una visión optimista de que en el futuro podamos contar con un sólido cuerpo doctrinal que permita la generalización de sistemas uniformes similares a los existentes en hospitalización de pacientes agudos.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las dificultades que observamos en la mayor parte de nuestro país para el desarrollo de paquetes de servicios integrados sanitarios y sociales nos reafirman en nuestra opinión de que el tema tiene una complejidad que no siempre es bien valorada. La primera recomendación es ser conscientes de la gran dificultad que supone conseguir que servicios de concepción y gestión de gran rigidez se combinen de forma ágil y flexible allí donde el usuario lo necesita. El desarrollo del espacio sociosanitario es mucho más que la simple creación de una batería de nuevos recursos o servicios. En nuestra experiencia, el éxito en este campo depende como mínimo de algunos factores clave:

7.1. ENMARCAR EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS EN UNA POLÍTICA GLOBAL

Aunque la creación de nuevos recursos o servicios es sin duda necesario en una buena parte de nuestro territorio, el que este desarrollo no se produzca dentro de una política general de integración de servicios —que en mayor o menor medida ya existen— supone un elevado riesgo de generación de ineficiencias y de incremento de la complejidad del problema. Particular atención se debe prestar a valorar las posibles sinergias (de gestión de recursos o de transferencia tecnológica) que se pueden presentar entre áreas de disciplinas diferentes (geriatria, salud mental, minusvalías, ...) que parten de dotaciones de recursos, desarrollos históricos y experiencias específicas cuya puesta en común puede aportar importantes innovaciones.

7.2. CONSOLIDAR ESQUEMAS POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS DE INTEGRACIÓN

El desarrollo del espacio sociosanitario, que en buena medida consideramos debe realizarse a partir de la reorientación de recursos ya existentes, requiere la generación de nuevos mecanismos político-

administrativos de planificación, autorización, acreditación y financiación compartidos por el sector sanitario y social. Aunque limitado a un volumen aún reducido de autonomías empieza a existir ya en nuestro país experiencia más que suficiente como para permitir a cualquier comunidad autónoma la elaboración de un desarrollo adaptado a sus propias circunstancias

7.3. FLEXIBILIZAR LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

La posibilidad de provisión de paquetes integrados de servicios sólo es factible si el acceso a la financiación mixta para el conjunto de servicios es posible para los centros más preparados de procedencia sanitaria, social o los nuevos proveedores interesados en acceder a este mercado (teniendo un especial interés las organizaciones con capacidad de inversión y desarrollo tecnológico). La rigidez tanto de los mecanismos de contratación como del acceso al mercado constituye con toda seguridad la principal dificultad actual.

7.4. DESARROLLAR FÓRMULAS DE COORDINACIÓN DE LA GESTIÓN DE CASOS

En cualquier circunstancia, el espacio sociosanitario se nutre de la coordinación de un amplio número de proveedores de cuidados formales e informales.

La potenciación de unidades con funciones mixtas asistenciales y de coordinación, entre sectores y entre recursos, constituye un eje clave para permitir superar en el ámbito operativo barreras que parecen aún infranqueables desde un punto de vista político-administrativo y cultural.

Aún con escasa perspectiva histórica, prevemos como de especial importancia la evolución de las formas incipientes de coordinación hacia esquemas formalizados de *case-management*. El abordaje de los problemas de la captación mediante puerta única de acceso supone seguramente uno de los primeros pasos a solucionar.

7.5. DESARROLLAR SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El desarrollo de sistemas de información específicos, en función de las posibilidades en cada comunidad, ha sido uno de los pasos clave para identificar y valorar el complejo espacio sociosanitario.

El desarrollo de los sistemas no debe limitarse en este campo a los tradicionales sistemas de información de gestión. La implantación de sistemas específicos de valoración asistencial debe contribuir significativamente con otras iniciativas (formación, investigación, gestión de la calidad) a la profesionalización y la motivación en un sector aún inmaduro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Portella E, Carrillo E. La atención sociosanitaria. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo MJ. La Salud y el Sistema Sanitario en España. Informe SESPAS 1995. Barcelona: SG Editores y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 1995.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Catálogo Nacional de Hospitales. Madrid: MSC, 1997.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Catálogo Nacional de Hospitales. Madrid: MSC, 1994.
4. Repullo JR, Fernández-Cuenca R. Objetivo 29. Atención hospitalaria. Informe SESPAS 1999. (En prensa).
5. INSERSO. Guía directorio de centros para personas mayores, 1995. Madrid, 1996.
6. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Datos Estadísticos. Situación Demográfica y Oferta de Plazas Residenciales en 1998. Madrid, 1999.
7. Martínez Zahonero JL, Artells JJ. Objetivo 30. Servicios comunitarios para atender necesidades especiales. Informe SESPAS 1999. (En prensa).
8. Aznar López M. Los servicios sociales públicos para mayores. Balance y Prospectiva. Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada 1998;112:65-83.
9. Miguel JJ. Oportunidades de empleo en el ámbito de los servicios a personas mayores dependientes. Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada 1998;112:214-21.

10. Cachón Rodríguez L. Los mayores como yacimiento de empleo. *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada* 1998;112:223-34.
11. Peñalver R. Evolución de la Salud y Coordinación Sociosanitaria. *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada* 1998;112:86-95.
12. Kodner DL. Integrating Health and Social Care at Home. A View from the other Side of the Atlantic. Home Care in Europe. European Association of Care and Help at Home. Barcelona, Noviembre 1996.
13. Fontanals MD, Martínez F, Vallés E. Evaluación de la Atención Sociosanitaria en Cataluña. La Experiencia del Programa Vida als Anys. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 1995;30:189-98.
14. Palma L, López Álvarez M. La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía. En: García, Espino, Lara. *La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 1998.
15. Kane R. Case Management and Assessment of the Elderly. En Kane RJ and Evans J (eds.). *Improving the Care of the Older People. A World View*. New York: Oxford University Press, 1990.
16. Carrillo E. *Case Management* en las demencias: ¿una solución para el problema o una solución en busca del problema? *Revista de Gerontología*, número monográfico, abril 1995.
17. San José A, Jacas C, Teixidor T, Pal C, Selva A, Vilardell M. Implantación de una unidad funcional interdisciplinaria de geriatría en un hospital general. Presentación de los primeros pacientes y modelo de intervención. *Rev Gerontol* 1993;3:12-8.
18. Cruz AJ, Serra JA, Lázaro M, Gil P, Ribera JM. La eficacia de la interconsulta geriátrica en pacientes ingresados en traumatología. *An Med Intern (Madrid)* 1994;11:273-7.
19. Applegate WB, Blass JP, Willians TF. Instruments for the Functional Assessment of Older Patients. *N Eng J Med* 1990;322:1207-14.
20. Carrillo E, García Altés A. La medida del producto sanitario. En: López Domínguez (editor). *La gestión de pacientes en el hospital*. Madrid: Olalla Ediciones, 1997.
21. Roigé P, Montserrat J, Gómez X, Rabadà T, Fontanals MD, Via JM. Modelo de comportamiento de los costes del sector de atención a enfermos crónicos. *Rev Gerontol* 1992;2:18-23.