

OBJETIVO 30

DESARROLLAR SERVICIOS COMUNITARIOS PARA ATENDER NECESIDADES ESPECIALES

Para el año 2000, las personas de todos los estados miembros que necesitan cuidado y apoyo de larga duración deberían tener acceso a servicios apropiados de alta calidad.

José Luis Martínez Zahonero

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia. Profesor Asociado Economía Aplicada de la FFCC Económicas. Universidad de Valencia

Juan J. Artells i Herrero

Director General. Fundación Salud Innovación y Sociedad. Madrid. A&S Economía y Salud. Barcelona

La formulación cualitativa de este objetivo dificulta el establecimiento de conclusiones acerca de su logro en términos de un balance de recursos y de cobertura cuantitativa de necesidades.

1. MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA Y PLAN GERONTOLÓGICO

Las propuestas de la Subcomisión Parlamentaria para la Modernización del Sistema Nacional de Salud (1) y el Plan Gerontológico vigente (2) —consensuado, entre otros organismos, por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud— establecen con carácter general medidas para avanzar en su cumplimiento. Sin embargo, la compartimentación entre los servicios sanitarios y sociales y la atomización de competencias entre las administraciones autónomas y locales y su escasa coordinación no han facilitado datos ni información satisfactorios acerca de la evolución de la multiplicidad de iniciativas y programas y su respectivo impacto.

En los mencionados documentos generales se recogen recomendaciones y metas en una dirección conducente a la consecución del objetivo comentado pero se echan en falta algunas referencias más precisas para definir las políticas y elegir vías de asignación sostenible de recursos.

Debe tenerse en cuenta la consideración de “atención social” que en el Real Decreto sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias otorga a los cuidados de larga duración, “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”.

2. ATENCIÓN SOCIAL Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Entre las citadas recomendaciones cabe señalar:

- El desarrollo de una red de servicios específicos —cuya denominación de servicios sociosanitarios no del todo enraizada— concebidos para dar respuesta al tipo de necesidad aludida en el objetivo 30.
- La exhortación a propiciar una “integración” —o “coordinación”— de las actuaciones y de los recursos de los sectores sanitarios, de los servicios sociales y de previsión social.
- El crecimiento de la oferta de servicios personales domiciliarios para promover el mantenimiento de la autonomía y de la permanencia en el entorno familiar y social habitual.
- El fomento del apoyo a las familias y a los cuidadores informales.

Por lo que se refiere a los vacíos de información estratégica se señalan:

- La disposición de una estimación bien fundamentada de los componentes principales de la variación de los costes de los cuidados de larga duración, basada en proyecciones significativas de contingentes de personas con diversos niveles de necesidad, de los recursos asociados para su cobertura y de los recursos correspondientes al *continuum* de servicios.

- La evaluación de la adecuación y calidad de la oferta actual y la identificación de las opciones viables de mejora de la provisión pública y privada.
- El conocimiento fundado de las condiciones para la sostenibilidad del actual sistema de financiación pública de este tipo de servicios, en los horizontes temporales objeto de proyección, así como la pormenorización de sus consecuencias para la eficiencia y la equidad de opciones alternativas.
- La fundamentación del desarrollo de la corresponsabilidad en la provisión de aquellos servicios para los que el sector privado exhibe ventajas inequívocas sobre la asignación y provisión colectiva.

Con grados de desarrollo e implantación muy diferentes, algunas de las experiencias de mayor divulgación son el Programa Vida als Anys del Servei Català de la Salut y el Programa de Atención a Pacientes de Larga Estancia y Terminales (PALET) de la Comunidad Valenciana. La Comunidad Autónoma de Galicia con los servicios sanitarios y sociales residenciados en la misma Consejería está experimentando un planteamiento integrado de la asistencia sociosanitaria.

Los diferentes puntos de partida históricos y el proceso de transferencias a las comunidades autónomas han generado modelos diversos con niveles de implantación y prestaciones muy diferenciados.

3. PLAZAS RESIDENCIALES PARA ANCIANOS

En 1994, el número de plazas residenciales para ancianos era de 163.338, casi 60.000 más que en 1988. En 1998 había 3.689 centros con 188.913 plazas, de las cuales 58.493 eran de titularidad pública y 130.200 privada. La proporción del número de plazas por cada 100 personas mayores de 65 años era de 2,83. A pesar de este crecimiento esta cobertura continúa estando por debajo de las 3,5 recomendadas por el Plan Gerontológico.

La distribución territorial de la oferta de residencias es desigual, presentando una mayor concentración en Navarra, La Rioja, País Vasco, y una relativa menor oferta en Galicia, Andalucía, Comunidad Valenciana, Canarias y Madrid.

El potencial de mejora en el acceso y la equidad en la utilización de los recursos destinados al cuidado y asistencia de los ancianos se pone de manifiesto por las dificultades de transferir pacientes entre las diversas formas de atención, la hegemonía de la atención médica y residencial en detrimento de los sistemas domiciliarios de cuidados y la provisión de servicios de cuidados por redes sin coordinación entre sí y con criterios de admisión diferentes. El resultado es un sistema de cuidados desintegrado e incapaz de proporcionar una atención adaptada a las necesidades evolutivas de los ancianos y que facilite su tránsito de un tipo de servicios a otro de mayor intensidad a medida que cambia su estado.

Se estima que más de un 10% de los ancianos ingresados residen en centros sin acreditación. Tampoco suelen utilizarse instrumentos para determinar el grado de dependencia y evaluar los requerimientos personales y el tipo de cuidados congruentes.

4. CUIDADOS PROLONGADOS Y CUIDADOS ESPECIALIZADOS

La falta de adaptación de la oferta asistencial a las características de las necesidades actuales y su evolución predecible continúa estando en el origen de las ineficiencias y las limitaciones de acceso a la atención adecuada que señala el objetivo 30. Continúa siendo notoria la escasez de servicios de cuidados prolongados para ancianos no institucionalizados y la inadecuación de la oferta disponible para atender la creciente demanda de cuidados especializados en régimen residencial para los ancianos altamente dependientes.

5. COLABORACIÓN INTERDISCIPLINARIA

La profundización en el relativo avance descrito —aparte de subsanar los desajustes mencionados evaluando sistemáticamente las necesidades personalizadas de las personas mayores y desarrollando una oferta asistencial congruente— va a depender de que se propicie la colaboración interdisciplinaria de los diversos profesionales que intervienen en los servicios (médicos, enfermeras, asistentes sociales, rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, etc.); de que los servicios estén orientados a la rehabilitación, a actividades creativas; y de la evaluación sistemática de la autonomía y la vulnerabilidad personal. La creciente proporción de ancianos que viven solos, a medida que su estado sea más dependiente, hará más difícil su permanencia en su vivienda habitual sin un incremento substancial e inaplazable de los servicios personales a domicilio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Propuestas para el Consenso. Madrid: Subsecretaría del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
2. Plan Gerontológico. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, Ministerio de Asuntos Sociales, 1993.