

Espacio sociosanitario

M. CERDÀ PLUBINS^a, R. SAN SEGUNDO MOZO^b, T. FERNÁNDEZ FERRERAS^b, C. MUÑOZ ROYO^a
y J. MOLINS ROCA^b

^aHospital de Valls. ^bHospital de Santa Tecla de Tarragona.

Resumen.—Durante las últimas décadas, tanto en España como en el resto de países desarrollados de nuestro entorno se ha producido un envejecimiento de la población. El porcentaje de personas mayores de 65 años ha superado el doble en las últimas cuatro décadas, y sus necesidades asistenciales no son sólo problemas de salud, sino también de dependencia. Sin embargo, la dependencia no es exclusiva de las personas mayores, se incluyen también otros colectivos como grandes discapacitados, enfermos crónicos, terminales y todos aquellos en los que se genera una pérdida de autonomía.

El espacio común sociosanitario es la coordinación entre la asistencia médica y social de los cuidados a las personas con dependencia. El término sociosanitario se maneja actualmente tanto en el ámbito sanitario como en el social, pero su implantación no está generalizada por igual.

En el presente artículo se exponen los diferentes tipos de usuarios y servicios del área sociosanitaria, haciendo hincapié en el equipo multidisciplinar en el que debe estar incluido el médico rehabilitador. En la organización interna destacan como imprescindibles la existencia de protocolos y la importancia de la sesión multidisciplinar y de la atención social.

Palabras clave: Sociosanitario. Dependencia. Envejecimiento.

SOCIO-HEALTH CARE SPACE

Summary.—In recent decades in both Spain as well as the remaining developed countries of our surrounding, population aging has occurred. The percentage of persons over 65 years has more than doubled that of the last four decades and their health care needs are not only a health problem but also a dependence one. However, dependence is not exclusive to elderly persons. Other groups are included, such as the greatly incapacitated, chronic patients, end-stage patients and all those in whom a loss of autonomy has been generated.

The common socio-health care space is the coordination between medical and social care of the cares of persons with dependence. The socio-health care term is handled at present both in the health care area as well as in the social one,

but its implementation has not been equally generalized. In the present article, the different types of users and services of the socio-health care area have been explained, stressing the multidisciplinary team in which the rehabilitation physician care should be included. In the internal organization, we stress the existence of protocols and the importance of the multidisciplinary session and social care as essential.

Key words: Socio-health care. Dependence. Aging.

CONCEPTO

En las últimas décadas, tanto en España como en los demás países desarrollados de nuestro entorno se ha producido un envejecimiento de la población. Las causas de este envejecimiento demográfico son múltiples, los avances terapéuticos y las mejoras nutricionales y de las condiciones de vida permiten que cada vez un mayor número de personas alcancen una edad más avanzada. En España, el porcentaje de personas mayores de 65 años ha superado el doble en los últimos 40 años. En consecuencia, encontramos una población creciente de lo que se ha dado en llamar “ancianos vulnerables” (*frail elderly*), cuyas necesidades asistenciales no son sólo problemas de salud, sino también de dependencia. En 1998, el Consejo de Europa¹ definió la dependencia como aquel estado en que se encuentran las personas que por razón de la disminución física, psíquica o intelectual tienen necesidad de ayuda y/o asistencia importante para la realización de su vida cotidiana.

Y aunque como bien sabemos, la dependencia no es exclusiva de las personas mayores, su incidencia aumenta con la edad. Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 1999², la población con dependencia entre los 6 y los 64 años era de 791.432 personas y la de 65 o más años de 1.423.962. Los porcentajes son muy similares a los de los países del entorno europeo.

Según estimaciones, los mayores de 80 años pueden triplicarse en Europa en el 2050³.

En España hay más de dos millones de personas en situación de dependencia², aunque si nos ceñimos a los que sólo son dependientes en las actividades de la vida diaria (AVD), la cifra es de 800.000, de los cuales la gran mayoría son mayores de 80 años y con enfermedades crónicas.

Los usuarios, pues, no son sólo los pacientes geriátricos, sino también los colectivos de personas con enfermedades crónicas, grandes discapacidades, enfermos terminales y todos aquellos en los que se genera una pérdida de la autonomía de vida.

El espacio común sociosanitario es la coordinación entre la asistencia médica y social de los cuidados a las personas con dependencia, aunque éste haya tomado distintos modelos o se encuentre en etapas de desarrollo distintas en las comunidades autónomas y los países europeos. Porque aunque el término sociosanitario se maneja hoy tanto en el ámbito sanitario como en el social, no está generalizada su implantación por igual.

El problema de la protección social de las personas dependientes ha ido creciendo en importancia en la última década, primero como debate científico y de manera progresiva como debate político.

Según de Diego⁴, cualquier planteamiento de ordenación en este sentido debería tener en cuenta las necesidades, expectativas y preferencias de las personas dependientes, proveer de asistencia y cuidados integrados que se adapten a lo largo del tiempo a las necesidades personales cambiantes y que tenga en cuenta el apoyo al cuidador.

En Cataluña se introduce el concepto de asistencia sociosanitaria en una Orden de 29 de mayo de 1986 que aboga por la integración de los servicios sociales y sanitarios en una única prestación, creando el programa "Vida als Anys" como instrumento para desarrollar estos objetivos.

Desde entonces, la dimensión de la cobertura de la dependencia crece año a año y al igual que la Ley General de Sanidad de 1986 protege la mayoría de las contingencias sanitarias con los impuestos, crecen las voces⁴ que hablan de una Ley de la Dependencia, y que de Diego ve como el resultado del desarrollo del cuarto pilar del estado de bienestar. Esta ley debería definir las fuentes de financiación, el reconocimiento de los derechos, el alcance de las prestaciones y los sistemas de provisión de servicios.

Está claro que la red de atención sanitaria y social existente en España no da total solución al cuidado de esta dependencia, que en su mayor parte, más de un 80% aún hoy, depende del apoyo informal de la familia y la sociedad civil sin más costes que los de oportunidad que le representa (trabajo, ocio, etc.). Pero el modelo familiar que ha permitido esta situación está cambiando,

y como dice Casado, del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra, el equilibrio entre los cuidados formales y los informales puede romperse por los cambios en la estructura familiar y porque el envejecimiento de la población puede seguir aumentando. Las actuales mujeres cuidadoras⁵ son, en general, de mediana edad, bajo nivel educativo y abandonaron su trabajo al casarse; sin embargo, las nuevas generaciones tienen menos hijos, mejor formación y contribuyen al soporte económico de la familia con su trabajo. Además, los núcleos familiares son cada vez más pequeños y cada vez más reducidas las dimensiones de las viviendas.

Aunque las situaciones sociológicas son tremendamente cambiantes, es lógico pensar que es preciso una expansión de la atención a la dependencia como servicio formal, tanto público como privado. Un sistema de aseguramiento basado en la equidad y abordado desde la iniciativa pública, pero aceptando la colaboración del sector privado⁶.

En este sentido, en nuestro país existe un mandato parlamentario recogido en la Ley 55/99 sobre medidas fiscales y administrativas de 29 de diciembre, para el desarrollo de un sistema de seguro de la dependencia y, recientemente, el Ministerio de Sanidad y Consumo, juntamente con el de Asuntos Sociales, ha elaborado un Plan Sociosanitario que contempla mejoras en la orientación de los servicios y recursos sociosanitarios en todas las comunidades autónomas. En el marco de este plan, Sanidad define los distintos tipos de mayores que necesitan servicios sociosanitarios (usuario) y la cartera de servicios sanitarios y sociales.

Además de Cataluña, otras comunidades pueden aportar su experiencia: el Programa PALET de la Generalitat Valenciana (1995), Programa PASOS de Galicia (1997), Plan de Atención Sociosanitaria de la Junta de Castilla y León, Plan de Servicios Sociales de Andalucía (1993-1996), Plan de Atención a las Personas Mayores de Aragón (1995) o el Plan de Acción Sociosanitaria para el Mayor de Cantabria (1999-05), entre otros.

Algunas de las iniciativas de la Administración Central respecto al problema de la dependencia son el Acuerdo Marco de colaboración sociosanitaria suscrito el 14 de diciembre de 1993 entre el Ministerio de Sanidad y el entonces Ministerio de Asuntos Sociales, el Plan Estratégico del INSALUD de 1999, la creación del ESAD (equipos de atención domiciliaria; en Cataluña, PADES), el Plan Gerontológico Estatal 2000-2005, el Plan de Atención a enfermos de Alzheimer y otras demencias (1999-2005).

En Europa existen también las recomendaciones del Consejo de Europa en relación con el tema de la protección de la dependencia¹.

Es obvio que a pesar de las deficiencias existentes aún en este sentido, en los últimos años se han dispuesto muchos más recursos, tanto sanitarios como

sociales, para mejorar la asistencia a las personas dependientes, su integración social y su calidad de vida.

OBJETIVOS

Independientemente de los planes desarrollados en los distintos países y comunidades autónomas, las líneas estratégicas que se deben alcanzar deberían ser las mismas.

El Consejo de Europa aprobó en 1998 unas Recomendaciones relativas a la dependencia y las medidas que deberían aplicar los Estados miembros en favor de estas personas¹:

- Sistema de prestaciones, cualquiera que fuese su modalidad y otorgadas en función del grado de dependencia.
- Libertad de elección.
- Prevención y rehabilitación.
- Evaluación de las necesidades de la persona dependiente.
- Prioridad de atención en su domicilio habitual.
- Garantía en la calidad de los cuidados.
- Investigación.
- Acceso a la formación e información, servicios de descarga familiar y de acceso al empleo posterior de los cuidadores sin estatuto profesional.

Es fácil deducir unos objetivos clave de este espacio sociosanitario, aunque en opinión de Moreu⁷, hoy por hoy sea un espacio virtual:

- Respetar el triple diagnóstico biopsicosocial, el funcional y el educador.
- Mejorar la calidad de vida y promocionar la salud de los mayores, mejorando su independencia funcional y su integración social.
- Potenciar la rehabilitación y el restablecimiento de la salud de las personas.
- Solucionar la confluencia entre los problemas de enfermedad y dependencia.
- Favorecer la implicación de la familia en el cuidado, proporcionándole recursos, conocimientos y habilidades, fomentar el principio de autonomía tanto en el paciente como en la familia y su permanencia en el hogar.
- Ser global, que desarrolle servicios para cubrir todos los niveles de atención.
- Ser interdisciplinario, práctica basada en el respeto, la comunicación y el intercambio entre los profesionales.
- Equitativo en el reparto de recursos territoriales.
- Garantizar la continuidad asistencial.
- Fomentar el principio de autonomía en el paciente y en su familia.
- Fomentar la permanencia de las personas en su hogar.

CLASIFICACIÓN

De usuarios⁸

Enfermos geriátricos

Son el colectivo mayor de cuantos componen el conjunto de usuarios sociosanitarios. Se clasifican según el tipo de cuidados que precisan:

– *Anciano con déficit funcional transitorio con pluripatología recuperable.* Son pacientes que, habiendo sufrido un proceso agudo o una reagudización de sus enfermedades de base, presentan un deterioro de su capacidad física funcional potencialmente recuperable. Este tipo de pacientes suelen originar con frecuencia estancias inadecuadas que pueden evitarse mediante la adaptación de los cuidados que precisan en el entorno del enfermo.

– *Alta hospitalaria precoz.* Son enfermos procedentes de unidades de agudos cuya necesidad de seguimiento es principalmente sanitaria, curas de enfermería y farmacología.

– *Enfermos en situación de dependencia funcional no recuperable.* Son aquellos que presentan limitaciones irreversibles de su capacidad funcional y son totalmente dependientes. Son enfermos con un mayor peso social y sanitario.

– *Anciano “frágil”.* Son personas que se encuentran en un estado de salud y/o situación social límite según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

– *Demencias leves, moderadas y graves.* El paciente se caracteriza por presentar deterioro cognitivo, conductual, afectivo y relacional que, según el estadio de su enfermedad, necesitan cada vez y de forma progresiva, más ayuda permanente para las AVD y llegan a tener una limitación total con gran impacto en el entorno sociofamiliar.

– *Ancianos en situación de precariedad social.* Son ancianos que presentan características claras de marginalidad social y grandes dificultades de reinserción.

Enfermos mentales

– Psicosis infantojuveniles.

– Trastornos de comportamiento en niños y adolescentes.

– Psicosis crónicas del adulto.

– Enfermos no psicóticos con alteraciones conductuales con mala adaptación y/o hospitalización.

Grandes minusvalías

– *Discapacidades infantiles congénitas y adquiridas.* Son niños con edades comprendidas entre los 0 y 6 años,

con deficiencias congénitas o adquiridas (espinas bífidas, amputaciones, distrofias musculares progresivas, enfermedad del colágeno).

– *Niños y adolescentes con enfermedades crónicas.* Son pacientes con enfermedad crónica no neurológica que requieren servicios sociosanitarios (oncológicos, trasplantados, distrofias progresivas, cardiopatas, enfermos renales, etc.).

– *Niños con déficit sensoriales.* Sordera y ceguera.

– *Retraso mental infantojuvenil.* Población infantojuvenil con retraso mental profundo y grave con una enfermedad sanitaria añadida.

– *Minusválidos físicos.* Grandes inválidos sin posibilidad de reinserción sociolaboral. Son adultos con grave afectación motora y dependientes para las AVD. En este grupo se encuentran los lesionados medulares, esclerosis múltiples, enfermedades reumáticas avanzadas, etc.

– *Retraso mental en adultos.* Pacientes que pueden tener enfermedad psiquiátrica y conductual y que necesitan de supervisión en las AVD.

Enfermos terminales

Se incluye aquí a todos aquellos enfermos con pronóstico de muerte a corto o medio plazo, una vez agotados los recursos terapéuticos con fines curativos. Estos enfermos son los principales beneficiarios de los denominados cuidados paliativos.

Personas con enfermedades evolutivas a la cronicidad y con una gran dependencia funcional

Este grupo incluye a todos aquellos enfermos que con independencia de su edad padecen problemas de salud que en su fase evolutiva final generan una gran dependencia funcional (síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA], adicción al alcoholismo y drogas).

Personas en situación de precariedad social con problemas sanitarios

Este grupo incluye a aquellos colectivos que por su situación de fragilidad social requieren atención específica de carácter sociosanitario (inmigrantes sin contrato de trabajo, víctimas de malos tratos domésticos).

De servicios

La atención sociosanitaria se puede prestar a todos los elementos del sistema sanitario y social (hospitales, centros sociosanitarios, centros sociales y atención pri-

maria). A continuación se indica el tipo de centros y servicios sociosanitarios según el Decreto 92/2002 del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña⁹.

Servicios de internamiento

Larga estancia. Son servicios destinados a la atención continuada de personas con enfermedades o procesos crónicos y diferentes niveles de dependencia, con diversos grados de complejidad clínica y que no pueden ser atendidos en su domicilio. Los servicios de larga estancia, en función de las necesidades, pueden definir unidades específicas para la atención de colectivos como unidades de trastornos cognitivos y de conducta, grandes discapacitados como estados vegetativos permanentes y otros que lo requieran. Los servicios de larga estancia pueden destinar plazas a ingresos temporales por descanso familiar.

El principal objetivo de los servicios de internamiento de larga estancia es la atención continuada, que favorece el bienestar y la calidad de vida.

Media estancia. Incluyen convalecencia, cuidados paliativos y media estancia polivalente:

– *Convalecencia.* Son servicios destinados a enfermos que se encuentran en fase de recuperación de un proceso agudo y con pérdida de autonomía potencialmente recuperable.

El objetivo fundamental de éstos es la evaluación y la rehabilitación integral. Puede haber plazas destinadas a trastornos cognitivos y de la conducta.

Dentro de este grupo, la asistencia a subagudos es un servicio destinado a personas que necesitan continuación de un tratamiento o supervisión clínica continuada y que, a causa de su complejidad, requieren intensidad de curas; se observa en el contexto de personas con una enfermedad crónica de larga estancia y su ubicación será preferentemente en ámbitos vinculados a un hospital de agudos. Su objetivo es la estabilización clínica y la rehabilitación integral.

– *Cuidados paliativos.* Son servicios destinados a pacientes con una enfermedad en situación avanzada o terminal. El principal objetivo es favorecer el bienestar y la calidad de vida.

– *Media estancia polivalente.* Servicios destinados a la atención de convalecencia y cuidados paliativos en unidades que, por su dimensión y criterios de planificación, no pueden realizar estas actividades de forma específica.

Servicios de atención de día sociosanitaria

Los servicios de atención de día sociosanitaria prestan asistencia a ancianos, enfermos crónicos o enfermos

terminales que requieren medidas integrales de soporte, rehabilitación, tratamiento o diagnóstico y seguimiento especializado en régimen diurno ambulatorio.

Los objetivos y funciones de los servicios de atención de día son: la evaluación integral, la rehabilitación, la atención continuada de mantenimiento y la prevención de las crisis.

Equipos de evaluación y soporte⁹

Son equipos especializados y capacitados para dar soporte a los hospitales o a la atención primaria. El objetivo es la atención a pacientes geriátricos enfermos, a los pacientes crónicos y a los pacientes terminales, sobre todo en las situaciones más complejas.

Centros o servicios de asistencia ambulatoria a drogodependientes

Prestan a estas personas y a sus familias asistencia especializada y pluridisciplinaria en régimen abierto.

Centros residenciales de asistencia a las personas drogodependientes

Tienen las mismas prestaciones de los anteriores, pero con régimen residencial.

EQUIPO PROFESIONAL

La complejidad de las situaciones con las que se enfrenta el modelo de atención sociosanitaria hace que sea imprescindible la actuación de un equipo multidisciplinar que abarque todas las necesidades del paciente. Este equipo terapéutico debe estar formado por personal médico, farmacéutico, de enfermería (ATS/DI, auxiliares de enfermería), de fisioterapia y terapia ocupacional y de trabajo social¹⁰. Sin embargo, nuestra experiencia indica que, en la práctica, muchas veces es necesario recurrir a otros profesionales, entre los que cabría destacar psicólogos y personal religioso. Estos estándares comunes han de ser cumplidos por todos los servicios de internamiento, pero existen una serie de especificaciones en función de las diferentes unidades. En concreto, las unidades de convalecencia han de disponer de un médico con capacitación en geriatría y de un equipo de rehabilitación (que ha de estar formado por: médico rehabilitador, logopeda [pueden ser consultores], fisioterapeuta y terapeuta ocupacional) y las unidades de media estancia polivalente deben disponer de un médico con capacitación al menos en una de las líneas específicas (geriatría, rehabilitación o cuidados paliativos)¹⁰.

ORGANIZACIÓN INTERNA

Todos los servicios sociosanitarios han de cumplir unos estándares relativos a la calidad de la asistencia sanitaria y de la atención al usuario. Para ello, es imprescindible la existencia de protocolos administrativos (protocolos de admisión y alta de pacientes), de atención de urgencias vitales y de actuación ante los síndromes más habituales (movilidad, cognición, estado de ánimo, nutrición, prevención y tratamiento de decúbitos, dolor y control de síntomas, caídas, incontinencia e higiene)¹⁰. La historia clínica ha de recoger una evaluación integral que esté basada en una valoración médica, funcional, psicológica y social, e incluir aspectos relevantes como movilidad, estado nutricional y AVD. Asimismo, debe incluir un plan de actuación con objetivos terapéuticos y un seguimiento de éstos¹⁰. Por todo lo expuesto anteriormente, puede entenderse que una de las herramientas básicas del equipo profesional sea la sesión multidisciplinar, en la cual se realiza una evaluación continuada del paciente (de sus problemas en cada una de las áreas de actuación profesional, de los objetivos terapéuticos y sociales, de los resultados obtenidos, etc.) con el fin de modificar los planes de actuación en los casos en que sea necesario y adaptarlos a las necesidades del enfermo.

Para finalizar deseamos recordar la importante necesidad de la atención social, que debe ser personalizada (tanto hacia el usuario como hacia su familia) y dirigida a promover la integración y la participación ofreciendo información, orientación, soporte y, si es preciso, la gestión de prestaciones y de recursos¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez G. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias. 2000, núm. 2.
2. INE. Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud. Disponible en: <http://www.ine.es/discapa/discapamenu.htm>.
3. Fundación Pfizer. Datos Envejecimiento en Europa. Disponible en: <http://www.fundaciónpfizer.org/FundaciónPfizer/DatosEnvejecimiento>.
4. De Diego I. La coordinación sociosanitaria y la atención a las personas dependientes. Revista de Administración Sanitaria 2001;5:101-28.
5. Pluga MD, Abellán A. Dependencias y necesidades asistenciales de los mayores en España: Previsión año 2010. Disponible en: <http://www.fundaciónpfizer.org/FundaciónPfizer/DatosEnvejecimiento/Libro/Memoria6.pdf>.
6. Rodríguez G. Cuidados de larga duración en España: Contexto, debates, políticas y futuro. Documento de Trabajo 02-14. Unidad de Políticas Comparadas (CSIC).
7. Moreu F. El espacio sociosanitario no existe, es tan sólo virtual. Vía Social. [Consultado el 9/01/03]. Disponible en: <http://www.viasocial.com/cast/comunidad/opinion.html>.

8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Bases para un modelo de atención sociosanitaria (Borrador). Junio, 2001.
9. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 92/2002, de 5 de març. DOGC núm. 3597-18/03/2002.
10. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Ordre, de 7 de maig de 2001. DOGC núm. 3388-15/05/2001.

Correspondencia:

M. Cerdà Plubins
Pius Hospital de Valls
Plaza St. Francesc, s/n
43800 Valls. Tarragona

Nota del responsable de la página web:

Estimados compañeros, tras una primera fase de puesta en marcha de la página, creemos que es el momento de darle un claro impulso de contenido. Una sociedad científica, al igual que la revista o su web, es aquello que quieran sus socios. Tú eres el alma de todo ello.

El formato es importante, y vamos a cambiarlo, pero más importante es el contenido. Por ello te instamos a participar y colaborar en las nuevas secciones: Guías de práctica clínica, Casos clínicos (con especial interés en la iconografía), Información para pacientes, Información de cursos, reuniones, Medicina basada en la evidencia en Medicina física y Rehabilitación, Foro de discusión por áreas de interés, resúmenes de tesis doctorales presentadas, información profesional de cualquier tipo, enlaces de interés, y... todo aquello que se te ocurra.

Navega en <http://www.sermef.es> y envía tus opiniones a directorpagweb@sermef.es

Te saluda Carlos Aragüés.