

Sobre la atención sociosanitaria en España

Aznar López, M.

Asesor Responsable del Área de Bienestar Social, Trabajo y Atención al Menor. Oficina del Defensor del Pueblo.

Es un hecho aparentemente ineluctable que el sector sanitario y el sector social caminen dándose la espalda o, cuando menos, ignorándose mutuamente, a despecho de las inconvenientes consecuencias que provocan la dualidad y la inconexión entre ambos. Estas consecuencias indeseables se concretan, de una parte, en la respuesta inadecuada e insuficiente que las prestaciones sanitarias y sociales proporcionan por separado a determinadas necesidades que requieren la dispensación combinada de medidas de contenido sanitario y de índole social; de otro lado, en las repercusiones financieras que conlleva la fragmentación de ambos sectores.

Desde la perspectiva de las necesidades, la inadecuación de la respuesta se manifiesta en circunstancias tales como la prolongación injustificada de la ocupación de camas hospitalarias para enfermos agudos por parte de personas mayores que no requieren este tipo de asistencia, con la repercusión consiguiente en el rendimiento del hospital, fenómeno que, desde luego, no sería privativo de España, ya que se daría en otros países europeos (1). Otra manifestación es la permanencia, en establecimientos de salud mental, de personas que no requieren asistencia psiquiátrica, habiendo mostrado las investigaciones realizadas en España que un significativo porcentaje de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos han sido personas con retraso mental o personas mayores sin una patología psiquiátrica activa y que, por tanto, deberían haber sido atendidas, respectivamente, en centros para minusválidos psíquicos y en establecimientos geriátricos (2). Por último, hay razones fundadas para sostener que son insuficientes los recursos específicos para quienes se encuentran a caballo de los servicios sanitarios y de los servicios sociales, como es el caso de las personas con trastornos mentales asociados a distintas discapacidades (3).

La lógica —¿o acaso cuadraría mejor hablar de la ilógica?— de la relación que se establece entre los servicios sanitarios y los servicios sociales está condicionada también por la pretensión de reducir los costes de la sanidad y por la insuficiencia de la respuesta que ofrecen los servicios sociales. Así las cosas, desde el sector sanitario se denuncia que el mismo presta asistencia a casos que deberían ser tratados en el sector social; pero desde este sector se ofrece una resistencia a asumir esta atención, ante la limitación de los recursos disponibles. Las consecuencias, en ocasiones, no son ya la inadecuación de la respuesta ofrecida, sino incluso la falta de soluciones alternativas. La desinstitucionalización operada en el marco de la reforma de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica es un buen ejemplo de ello, ante la falta de estructuras intermedias y de recursos sociales en número suficiente como para poder ofrecer una alternativa real a la drástica disminución de camas en los hospitales psiquiátricos. En el sentido inverso, tampoco faltan ejemplos de asunción de prestaciones sanitarias por el sector social.

Pero los inconvenientes no se ciñen a la articulación de respuestas en escasa armonía con las necesidades que deben cubrirse, sino que también tienen un reflejo en el ámbito financiero. La disociación entre los sectores sanitario y social lleva, en efecto, a aplicar una lógica basada en la acumulación, conforme a la cual las nuevas prestaciones vienen a sumarse a las anteriores, sin que exista una reasignación de los recursos disponibles que

tome en consideración conjuntamente las necesidades emergentes y los medios existentes. La fragmentación entre ambos sectores lleva a la rigidez en la distribución de los recursos, al existir resistencias para la reasignación de los mismos, a través del trasvase de un sector al otro (4).

A la hora de buscar soluciones a los inconvenientes referidos, no tengo noticias de que se haya planteado en España la posibilidad de hallarla en la integración de los servicios sanitarios y de los servicios sociales, al estilo de la opción por la que se decantó en Canadá, en el año 1971, la provincia francófona de Quebec. En efecto, la Ley sobre los servicios de salud y los servicios sociales, aprobada en dicho año, procedió a integrar ambos servicios en el escalón de la atención primaria, encomendando a los centros locales de servicios comunitarios la prestación de servicios de prevención, de asistencia sanitaria y de servicios sociales no especializados. Soluciones como ésta, sin embargo, suelen ser vistas con recelo por los profesionales de los servicios sociales, al temer que éstos se medicalicen; por su parte, tampoco los profesionales del sector sanitario parecen ser proclives a esta fórmula, habiéndose señalado, en este sentido, en Canadá que en el nuevo sistema sanitario «la profesión médica ha perdido gran parte de su influencia y no está, desde luego, en condiciones de competir con su homóloga americana, que parece seguir manteniendo una gran eficacia corporativa ante los políticos de todos los niveles de Gobierno... La profesión médica ha tenido que aceptar su cambio de estatuto, y no deja de recordarse a sus miembros que el ámbito de Asuntos Sociales requiere la participación de otros profesionales por lo menos tan importantes como ellos» (5).

No ponderada, por tanto, la posible implantación de un modelo integrado de prestación de servicios sanitarios y sociales, las fórmulas alternativas podrían consistir bien en dar a la atención sociosanitaria una especificidad propia, ya en establecer medidas de coordinación entre el sector sanitario y el sector social. En España, la primera de estas opciones parece haberse seguido en Cataluña, a partir de la creación, en el año 1986, del programa «Vida a los Años»; la segunda fórmula parece haber inspirado tanto el acuerdo marco de coordinación sociosanitaria y el convenio de colaboración para la atención sociosanitaria de las personas mayores, ambos suscritos, el 14 de diciembre de 1993, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el entonces Ministerio de Asuntos Sociales, como el acuerdo de coordinación en materia sociosanitaria, suscrito, en 1995, entre las Consejerías de Sanidad y Consumo y de Trabajo y Asuntos Sociales de la Comunidad Valenciana, año en el que también se aprobó en dicha comunidad el programa especial de atención a pacientes ancianos, a pacientes de larga evolución y a pacientes en situación terminal (PALET).

Sea como fuere, y a pesar de estos antecedentes, la elección entre ambas alternativas se plantea aún en un plano más teórico que práctico, por cuanto, con la excepción del programa «Vida a los Años», los intentos de implantar un marco sociosanitario específico o de establecer medidas de coordinación sociosanitaria no parecen haber alcanzado, pese a ser un asunto recurrente en los instrumentos de planificación, el suficiente grado de consolidación. Así lo reconocía paladinamente, a la altura de 1998, el plan estratégico del Instituto Nacional de la Salud, donde se expresaba que, pese a la constitución de las comisiones sociosanitarias de área, los recursos sanitarios y los servicios sociales seguían incomunicados, al no haberse logrado establecer la suficiente coordinación sociosanitaria. De este modo, en esta materia, son más, hasta el momento, las palabras y el debate teórico que los hechos y la realidad práctica. Y, sin embargo, el fenómeno del acusado envejecimiento de la población es una circunstancia que convoca a la urgente implantación de medidas en el ámbito que nos ocupa.

Es preciso advertir, no obstante, que, aun cuando en un próximo futuro el fenómeno más llamativo y apremiante pueda ser el envejecimiento de la población y el incremento del número de personas mayores dependientes, sería un enfoque erróneo confinar los términos del problema, aplicando un criterio reduccionista, a la conexión entre envejecimiento, dependencia y atención sociosanitaria.

En efecto, la articulación de una cobertura coherente de la dependencia exige contemplar a ésta en sí misma, haciendo abstracción de su relación con un concreto segmento de la población, determinado en función de la edad. En tal sentido, la protección debe establecerse considerando las situaciones de dependencia en su conjunto, so pena, en caso

contrario, de producir inconvenientes duplicaciones en las prestaciones económicas y técnicas, lo que iría en detrimento de la eficiencia de la protección. Debo, sin embargo, acto seguido, advertir que este enfoque global no resulta incompatible, en modo alguno, con el tratamiento específico de las necesidades propias de las personas mayores dependientes o de las de otros grupos que, por sus características, lo precisen.

Si la dependencia no es una cuestión privativa de las personas mayores, tampoco la atención sociosanitaria lo es de la dependencia. Cabalmente, la atención sociosanitaria es una pieza más en el complejo entramado prestacional que ha de integrar un completo sistema de cobertura de la dependencia, el cual debe comprender prestaciones económicas y técnicas, así como medidas fiscales, tanto en favor de las personas dependientes, como de sus cuidadores informales, además de otras medidas que favorezcan la compatibilidad del desarrollo de una actividad laboral y la dispensación de cuidados. Sin embargo, la atención sociosanitaria desborda el ámbito de la dependencia para proyectarse hacia otras situaciones que requieren la prestación combinada de medidas sanitarias y sociales.

Sólo teniendo presentes las premisas anteriores será posible abordar correctamente la generalización de la atención sociosanitaria en España. Aun así, la respuesta al reto planteado dista de ser sencilla, incluso cuando se culmine la asunción de los servicios sanitarios por las comunidades autónomas, si se tiene en cuenta no sólo el distinto nivel competencial aplicable a los servicios sanitarios y a los servicios sociales, sino también sus mutuas diferencias en aspectos tales como la financiación, la configuración jurídica del acceso a las prestaciones y la estructura organizativa.

Espero que las medidas recogidas en la recomendación que sobre el asunto ha dirigido recientemente el Defensor del Pueblo a diversos departamentos ministeriales, así como las propuestas contenidas en los informes elaborados por la Sociedad Española de Geriatría y por Gerontología y por la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología, que se acompañaban a dicha recomendación (6), puedan ser de alguna utilidad para encontrar la respuesta más adecuada a un desafío de indudable envergadura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité Europeo de Seguridad Social. Informe sobre envejecimiento y protección social. Documento preparado por el grupo de trabajo interdisciplinario sobre envejecimiento del Comité de Europa. Estrasburgo: Consejo de Europa; 1995, párrafo 194.
2. Defensor del Pueblo. Estudio sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid: Defensor del Pueblo; 1991. p. 233-8, 369-72, 375, 669-70.
3. Aznar López M. La perspectiva de los profesionales y usuarios del sistema. En: Jornadas décimo aniversario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La coordinación en el ámbito sanitario. Perspectivas de futuro. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. p. 150-2.
4. Guillemard AM. Análisis de las políticas de vejez en Europa. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1992. p. 65.
5. Rivard G. Quebec, un modelo de sanidad pública. El seguro de enfermedad en Quebec: Los objetivos de la profesión médica y de la sociedad. Madrid: Consejo General de Colegios Médicos; 1984. p. 25.
6. La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología (en prensa).