

LA ATENCION SOCIO-SANITARIA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. INTRODUCCION

La atención sanitaria y la asistencia social viven, aún en la actualidad, en dos mundos separados que en el mejor de los casos se ignoran uno al otro cuando no se enfrentan acusándose mutuamente de algunos males y problemas que les aquejan. Con frases tan estereotipadas por el uso como *lo que Vd. me plantea es un problema social y eso no es competencia nuestra* esgrimidas por una de las partes, junto a *lo suyo es cosa de Sanidad y nosotros no podemos hacer nada* utilizadas por la otra, miles de personas son obligadas a una peregrinación interminable de una oficina sanitaria a una social y a la inversa sin obtener no ya una solución aunque fuese parcial a su problema sino sin ser siquiera escuchado con cierta atención.

Existen situaciones y casos en los que el carácter sanitario o social de la necesidad planteada resulta evidente. Todo el mundo ve con claridad que la demanda quirúrgica no es tema del área social o que las actividades de animación socio cultural

de los hogares de jubilados no implican responsabilidades específicas para el sistema sanitario.

Pero también existen zonas próximas o de contacto en donde las fronteras entre ambos sistemas son indefinidas o inexistentes porque puede afectar indistintamente a cualquiera de los dos o a ambos conjuntamente.

Nos referimos a un colectivo muy numeroso de personas todas ellas, por una parte, enfermas y, por otra, en situación de desprotección, necesitadas de ayuda por falta de suficiente apoyo de su entorno socio-familiar: personas mayores con enfermedades crónicas invalidantes y dementes seniles buscando un centro residencial, minusválidos demandantes de rehabilitación, de sillas de ruedas o de otras ayudas técnicas, toxicómanos en busca de reinserción, enfermos terminales sin apoyo familiar y así una lista innumerable de personas necesitadas de una atención que ellos no saben definir como sanitaria o social pero que en cualquier caso les resulta absolutamente imprescindible para aliviar su situación.

Esta descoordinación, este ignorarse mutuamente como si ambas áreas perte-

* Texto de la ponencia presentada en el 5.º Curso de Geriátrica «Ciudad de San Sebastián» celebrado el 18 de Noviembre de 1993.

neciesen a mundos diferentes desprecia el axioma de que *no hay enfermedades sino enfermos* y de que *no existen problemas sociales sino personas en situación de necesidad* y divide una única situación en varios trozos y con ella también a la persona que la padece de una manera arbitraria e incompleta. Arbitraria, porque la división de los aspectos sanitarios y los sociales no obedece a ningún criterio técnico o asistencial sino a conveniencias administrativas o presupuestarias antagónicas, arrojándose interesadamente unos a otros las responsabilidades que no quieren asumir y endosándose mutuamente obligaciones asistenciales de las que se quieren desprender e incompleta porque, al final, esas responsabilidades que se arrojan unos a otros no son recogidas por ninguno generándose simplemente una zona de nadie, es decir, personas no atendidas.

Aunque esta situación afecta a colectivos diferentes, queremos hacer especial hincapié en lo que afecta al grupo de personas mayores, no sólo por ser el objeto de la presente jornada de estudio sino porque en él se sitúa el conjunto más numeroso de implicados y sufren también, más duramente, los efectos de un problema de coordinación socio-sanitaria mal resuelto.

2. LA SITUACION ACTUAL DE LA ATENCION SOCIO-SANITARIA

2.1. El Marco Jurídico

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, los sistemas sanitario y social son administrativa y financieramente independientes, sin que existan órganos de coordinación funcional que neutralicen los efectos de esa separación y permitan una actuación complementaria y armónica entre ambos.

La asistencia sanitaria es competencia exclusiva del Gobierno Vasco y la atención social descansa en la actuación de la Administración Territorial y Local, es decir, en las Diputaciones Forales y en los Ayuntamientos. Pero ni en la legislación sanitaria (Ley General de Sanidad, Ley de OSAKI-DETZA) ni en la social (Ley de Servicios Sociales, Ley de Régimen Local), se prevén mecanismos de coordinación que permitan una articulación entre los dos sistemas. La única coordinación prevista es, en el mejor de los casos, en el interior de cada uno de los sistemas.

Este hecho ha fomentado la consolidación de una cultura no sólo indiferente

sino de confrontación entre ambos sistemas, potenciando la visión sustitutoria de que la ampliación de determinados servicios sociales supone, por ejemplo, cubrir una laguna del sistema sanitario, proporcionando un substancial ahorro presupuestario al mismo, mientras que en el sistema social se piensa exactamente lo contrario cuando la Sanidad amplía su actividad en el espacio fronterizo entre ambos. Incluso los acuerdos establecidos entre ambos sistemas se valoran en términos de victoria/derrota o de goles encajados/recibidos. La generación de esta cultura de substitución y no complementariedad ha paralizado durante muchos años cualquier proceso de aproximación entre ambos sistemas y el desarrollo de planes conjuntos y coordinados.

2.2 Los modelos de financiación

Los modelos de financiación sanitario y social son esencialmente diferentes entre sí, principalmente en lo referente a la participación del usuario en la cobertura del coste de la prestación recibida y en el diferente grado de función redistribuidora asignado a cada uno de ellos.

En el sistema sanitario público, la universalización de las prestaciones y su gratuidad, en el sentido de que no existe un pago vinculado directamente a un acto terapéutico, salvo en la farmacia, están plenamente asumidas e incorporadas a la conciencia social como derivadas de un derecho ciudadano, cosa que no ocurre en la atención social. Por el contrario, a los servicios sociales se les atribuye, además de su papel asistencial y paliativo, un efecto redistribuidor de rentas más radical por lo que, la gratuidad indiscriminada de los mismos se considera como algo injusto, reforzador de desigualdades y se generaliza, en consecuencia, la participación del usuario en el coste del servicio recibido, en función de sus ingresos.

Esta diferente concepción y funcionamiento de la aportación del usuario a la financiación del servicio plantea dificultades en la fluidez de la circulación de pacientes entre ambas redes. En este sentido, como el paso de una Residencia Asistida de ancianos a un Hospital de Larga Estancia supone cambiar de un sistema de copago, aunque sea parcial, a uno gratuito se facilita al trasvase de lo social a lo sanitario, mientras que el flujo en sentido inverso se ve notablemente frenado por razones contrarias.

ESQUEMA DE DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS EN PROVISION DE SERVICIOS

	SANIDAD	S.SOCIALES
GOBIERNO VASCO		
DIPUT. FORAL		
AYUNT.		

Por otra parte, las redes sanitaria y social administran sus ámbitos competenciales y sus recursos financieros de forma estanca. No existen, prácticamente, proyectos organizados de cofinanciación o gestión compartida en el que confluyan coordinadamente fondos procedentes de ambos sistemas. En estos momentos existen entidades o programas que reciben fondos de ambos sistemas pero ello no supone una implicación conjunta y coordinada de ambos en su desarrollo sino estrictamente una suma o yuxtaposición de recursos económicos sin compromisos de actuación unitaria.

2.3 Los efectos de la situación actual

Esta falta de coordinación y la actitud de confrontación sustitutoria ha tenido y tiene consecuencias muy negativas sobre ambos sistemas y sobre todo para el destinatario final de ambos, es decir, el necesitado de los servicios sociales y sanitarios. Estas consecuencias negativas resultan especialmente visibles en los siguientes aspectos:

- a. Carencias e insuficiencias asistenciales graves:

El principal efecto perjudicial del desacuerdo se materializa en la existencia de importantes lagunas asistenciales

dado que ninguno de los dos sistemas se siente responsable de su cobertura y proyecta sobre el otro dicha responsabilidad. En el campo de la atención a los mayores esta carencia es particularmente aguda en el campo de la psicogeriatría, en la atención a inválidos funcionales crónicos con o sin patología asociada, o en los servicios asistenciales intermedios como Hospitales y Centros de Día.

El desarrollo desequilibrado de servicios y la falta de la necesaria correspondencia entre los dispositivos sociales y sanitarios tiene también repercusiones negativas en ambos campos:

- La práctica inexistencia de atención domiciliaria sanitaria, de unidades de cuidados paliativos, de servicios de convalecencia y rehabilitación o la insuficiente atención desde el sistema sanitario público a residencias de ancianos, asistidas o no, reducen la capacidad asistencial de los servicios sociales correspondientes, sometiéndoles a presiones inadecuadas para cubrir dichas insuficiencias.
- Por otra parte, las deficiencias en la red de servicios sociales perjudican notablemente el funcionamiento de

los servicios sanitarios, empeorando su rendimiento u obligándoles a asumir funciones y cargas para las que no están preparados. La escasez de plazas asistidas en alojamientos colectivos para mayores, la ausencia de Centros de Día o de hogares protegidos, impide el transvase lógico de pacientes desde el sistema sanitario al social dificultando su funcionamiento y reduciendo su eficiencia.

- b. Inversión de funciones con asunción de cargas impropias.

Los servicios sociales han asumido, aunque sea parcialmente, funciones sanitarias desarrollando servicios al margen del sistema general. Los dispositivos médico-sanitarios de las Residencias y Hogares transferidos del INSERSO, las unidades de enfermería o rehabilitación de muchas residencias de ancianos, o la atención psicogeriatrica clínica prestada desde el ámbito social, reflejan la existencia de disfunciones innecesarias y que, en ocasiones, suponen respuestas inadecuadas a los problemas sanitarios que quieren resolver.

Por su parte, el sistema sanitario atiende en sus centros a una variada carga social que, en principio, es ajena a su función.

Los Hospitales Psiquiátricos cuentan con una abundante presencia de personas cuya única razón de ingreso es la carencia de un hogar y de un entorno sociofamiliar de apoyo, tributarios por tanto de un alojamiento alternativo al domicilio, en el ámbito de los servicios sociales. Situación similar se presenta en los hospitales de media/ larga estancia y en algunos servicios de medicina interna hospitalaria obligados a prolongar la estancia de ciertos pacientes ante la imposibilidad de hacer efectiva el alta médica. Esta inversión de funciones obliga a ambos sistemas a asumir cargas asistenciales y económicas que no les corresponden, cuya eficacia es reducida y que da origen a la existencia de redes paralelas que desordenan los sistemas generales.

- c. Descoordinación entre sistemas.

En ocasiones, el problema no se centra en la inexistencia de recursos, sino en la falta de puntos de referencia y de órganos de contacto y coordinación que posibiliten el transvase ordenado y el acceso eficaz a los recursos existentes en ambas direcciones. Todo ello supone un menor aprovechamiento de recursos, menor eficiencia y mayor sufrimiento.

La búsqueda de plaza en una residencia o en un hospital para una persona demenciada a la obtención de ayudas técnicas para incapacitados funcionales obliga en numerosas ocasiones a un peregrinaje inútil y doloroso hasta obtener la solución adecuada.

Personas con necesidades idénticas son atendidas en redes con programas diferentes en función de la vía sanitaria o social de contacto con la Administración. Y se adoptan soluciones distintas en situaciones similares y respuestas idénticas a problemas diferentes por falta de criterios homogéneos de valoración de casos en ambos sistemas. Dos ancianos con similar nivel de demencia senil pueden acabar uno en un centro psiquiátrico y el otro en una residencia, con programas diferentes, dependiendo de la red contactada.

2.4 Los colectivos afectados

La atención debe centrarse en los colectivos que presentan una acusada problemática sociosanitaria, tienen un gran volumen numérico y en quienes la actual situación de descoordinación produce una grave desprotección y una atención insuficiente e inadecuada. Entre aquellos que carecen del adecuado apoyo socio-familiar podemos destacar los siguientes:

- a. Personas mayores de 65 años con enfermedades crónicas invalidantes e incapacidades físicas o psíquicas (especial referencia a las demencias).
- b. Personas adultas y jóvenes con enfermedades crónicas invalidantes que originan gran dependencia y en especial los pacientes de hospitales psiquiátricos de larga estancia y los grandes inválidos.
- c. Personas con enfermedades terminales (cáncer y SIDA fundamentalmente).
- d. Toxicómanos en proceso de reinserción social.
- e. Personas con necesidades de rehabilitación de media/larga estancia previo a su reingreso en la sociedad.

Todas la personas en dicha situación unen a sus escasos recursos sociofamiliares el padecimiento de enfermedades crónicas o incapacidades invalidantes, tanto físicas como psíquicas, procesos terminales o necesidades de reinserción social. Al mismo tiempo que, por su estado de desprotección, necesitan apoyos sociales,

su sometimiento a la enfermedad exige simultáneamente una adecuada atención sanitaria. La ausencia de alguno de los dos apoyos frustra cualquier solución eficaz y condena al paciente a una situación de desamparo y dolor.

Entre todos los grupos citados, es sin duda, el colectivo de ancianos el que presenta cuantitativa y cualitativamente mayores necesidades por lo que debe constituir el núcleo de atención prioritaria.

2.5 Diagnóstico de la situación actual

El panorama actual de atención a las necesidades sociosanitarias presenta aspectos negativos junto a otros claramente positivos:

a. Aspectos negativos

1. Los problemas sociosanitarios afectan a un colectivo muy numeroso en el País Vasco, conformado en su mayoría por individuos en especial situación de desprotección y dependencia: ancianos mayores de 80 años, enfermos crónicos tanto físicos como psíquicos, pacientes de SIDA, enfermos terminales, minusválidos y toxicómanos.
2. La población en riesgo de necesitar estos servicios va a crecer de manera fulminante en las próximas décadas. Esto es debido fundamentalmente al acelerado proceso de envejecimiento demográfico que tiene nuestra sociedad —con un fortísimo incremento del número de personas mayores de 80 años— a la extensión de las nuevas enfermedades, como las demencias tipo Alzheimer o el SIDA y a los cambios en los medios diagnósticos y de tratamiento que permiten precisar mejor las enfermedades y prolongar la vida de las personas en circunstancias difíciles.
3. El horizonte económico no es favorable para el impulso de los gastos sociales. Todas las autoridades políticas y monetarias coinciden en formular amenazas al crecimiento de los mismos (educación, sanidad y servicios sociales) porque los han convertido en chivos expiatorios y por ello, objetivos a batir para reducir el déficit público, origen, al parecer, de todos los males financieros del Estado.

4. La estructura familiar ha variado substancialmente en los últimos años y su papel provisor de servicios sociales se ha reducido apreciablemente, con el consiguiente incremento de la demanda de servicios a los poderes públicos, para que contrarresten o compensen adecuadamente esta reducción.
5. Para responder a estos retos nos encontramos hoy con una red sanitaria y unos servicios sociales cuyo marco jurídico dificulta, cuando no impide, su coordinación posicionándolos como dos sistemas no pocas veces enfrentados y casi siempre sustitutorios en lugar de complementarios.
6. La oferta de recursos sociosanitarios, pública y benéfica privada en su mayoría, con una privada lucrativa prácticamente inexistente, es, por su parte, insuficiente en términos absolutos. Al mismo tiempo, presenta importantes desequilibrios estructurales y deficiencias funcionales, con sistemas de financiación muy diferenciados que limitan su eficacia, su eficiencia y lesionan la equidad debida.

b. Aspectos positivos

7. De todas formas, las redes de servicios sociales y sanitarios han experimentado, en los últimos años, un fuerte desarrollo, aunque territorialmente desigual. Se aprecia una notable mejora tanto de los servicios sociales como de los dispositivos de asistencia sanitaria, incluida la Atención Primaria, que cuentan ahora con mayores y mejores alternativas a la institucionalización de las personas.
8. Los actuales dispositivos sociales y sanitarios pueden mejorar notablemente su eficacia con la adopción de medidas de reordenación y reorganización de estos recursos, que apenas implican coste adicional para el sistema. La identificación de un espacio sociosanitario específico, la definición de las necesidades de los usuarios, la adaptación de los actuales servicios a dichas necesidades y una mejora en las técnicas de gestión serían suficientes para incrementar apreciablemente la capacidad asistencial de los actuales dispositivos.

9. Existe un potencial de recursos no utilizados hasta la fecha por falta de legislación y estímulos adecuados que los potencie: el voluntariado, las Organizaciones No Gubernamentales y los recursos informales procedentes de la iniciativa social constituyen un capital disponible de gran virtualidad.
10. La colaboración de la iniciativa privada lucrativa, prácticamente ausente hasta la fecha del campo sociosanitario, permitiría la aportación complementaria de recursos financieros y organizativos. Estos recursos son necesarios para cubrir las enormes lagunas que presenta la actual red y frente a las cuales el esfuerzo aislado de la iniciativa pública resulta insuficiente.
11. Se observa finalmente una mayor sensibilidad social y política sobre el tema que permite albergar ciertas esperanzas de que puedan ponerse en marcha iniciativas suficientes en nuestra sociedad para enfrentarse con éxito a los problemas que tienen estos colectivos necesitados de servicios sociosanitarios.

En resumen, podemos señalar que a pesar de las dificultades existentes existen elementos sobre los que basar una mejora substancial de la situación actual. Para ello, es necesario desarrollar un proceso que permita una mayor aproximación fun-

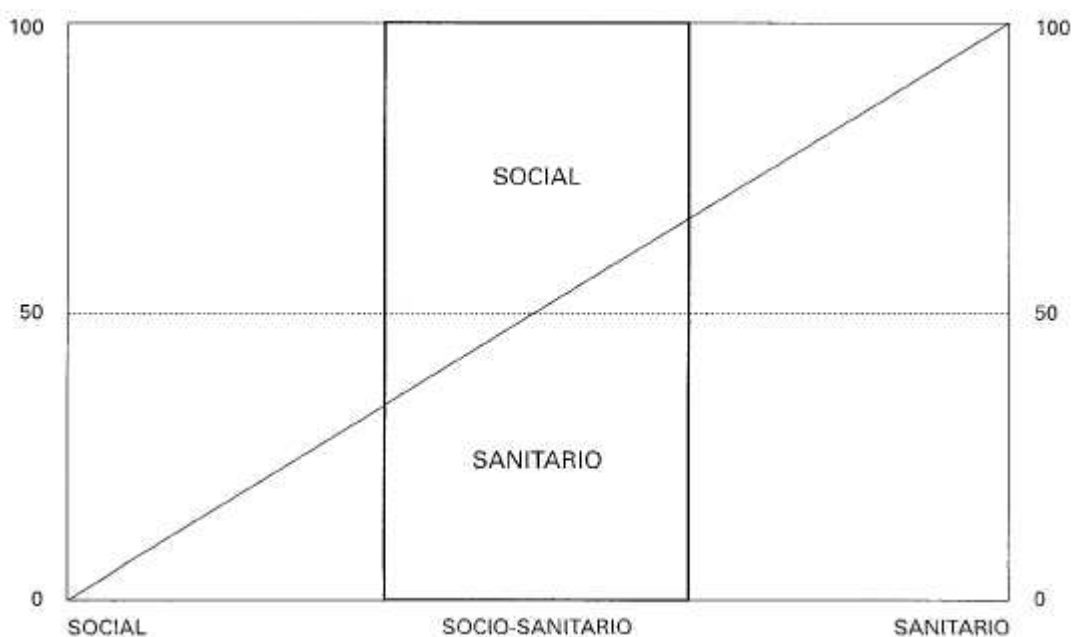
cional de los sistemas sanitario y social así como el incremento de la coordinación entre sí. Finalmente, el camino debe conducir hasta llegar a la cofinanciación y cogestión de programas basados en la delimitación del campo sociosanitario como un espacio asistencial de características específicas y propias y en la colaboración de ambos sistemas.

3. EL ESPACIO SOCIO-SANITARIO

Hemos indicado anteriormente que existen situaciones en que el campo sanitario y lo social se delimitan perfectamente sin ambigüedades: cuando una persona necesita una intervención quirúrgica y otra demanda, programas de organización del ocio y tiempo libre no existen ambigüedades ni dificultades para determinar las responsabilidades de acción. Pero no es menos cierto que, en zonas próximas o de contacto entre ambos sistemas las fronteras competenciales son arbitrarias y móviles como son las responsabilidades de poner los recursos necesarios para resolver estos problemas fronterizos.

Una persona demenciada necesitada de ingreso en una institución, una anciana encamada enferma crónica y sin apoyo sociofamiliar, un enfermo terminal con una ayuda insuficiente de su entorno, un toxicómano que, superada la fase de dependencia física y psíquica inicia su proceso tutelado de reinserción social, son ejemplos de situaciones que exigen la intervención conjunta de servicios sanitarios y sociales.

EL ESPACIO SOCIO-SANITARIO



La delimitación de lo que son competencias sanitarias y sociales, es decir, lo que debe aportar y financiar uno u otro sistema aunque contiene elementos arbitrarios y subjetivos resulta extremadamente simple cuando existe voluntad política de llegar a acuerdos: mientras que los servicios sociales deben garantizar la cobertura de las necesidades de alojamiento, alimentación, necesidades personales, animación sociocultural e integración social, el sistema sanitario debe cubrir básicamente las necesidades médicas, las de enfermería las de convalecencia y las de rehabilitación. Es decir, la atención social se centra en la desprotección y la dependencia mientras que la sanitaria se centra en los problemas derivados de la salud y de la discapacidad. La realidad demuestra que cuando se analizan casos concretos la identificación de los problemas como sanitarios o sociales presentan pocas dificultades.

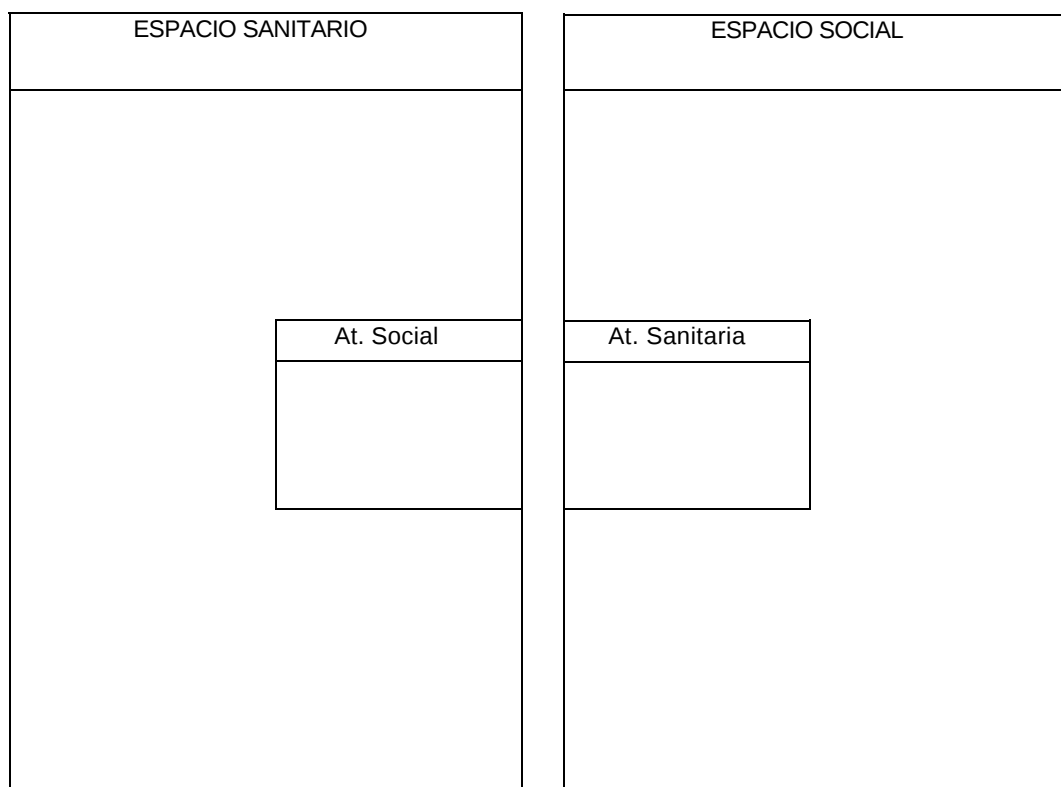
En ese trayecto que va desde el caso íntegramente sanitario (intervención quirúrgica) al exclusivamente social (animación sociocultural de la tercera edad) los casos citados constituyen situaciones intermedias en las que se presentan con similar fuerza ambos aspectos sanitario y social: es el ESPACIO SOCIO-SANITARIO

que no tiene ningún ámbito predominante y participa simultáneamente de las dos necesidades. Un demente senil que no puede hacer vida en familia necesita tanto un alojamiento, comida y vestido como unos programas terapéuticos que le permitan mantener, e incrementar en lo posible, sus habilidades tanto personales como sociales. Un enfermo terminal necesita atención médica para luchar contra el dolor y apoyo para cubrir sus necesidades personales de aseo y compañía. Y esas personas no presentan dos problemas sino un único problema, porque es una sola persona enferma aunque presente diferentes necesidades de ayuda y afecta a toda su persona de manera única. No se pueden fragmentar los seres humanos y abordar sus problemas de forma fraccionada, parcial, compartimentando cada aspecto e intervención como temas desconectados entre sí.

El ámbito socio-sanitario hay que concebirlo como un proceso continuo en el que una persona con grave problemática social que enferme pueda obtener con facilidad el tratamiento sanitario que precise y, a la inversa, una persona enferma que pierda su apoyo socio-familiar encontrar la ayuda adecuada a su desprotección social.

LA CREACION DEL ESPACIO SOCIO-SANITARIO

Fase 1. Separación organizativa y funcional



Por eso, ese espacio central entre lo sanitario y lo social, que participa a partes equivalentes de los dos, el ESPACIO SOCIO-SANITARIO, debe ser concebido y tratado como algo unitario e integral donde convergen tanto el espacio sanitario como el social.

ESPACIO SOCIO-SANITARIO es, por consiguiente, todo aquel lugar donde se ubique una persona que presenta al mismo tiempo necesidades sociales y sanitarias; un espacio de encuentro para ambos sectores en el que la intervención de sólo uno de ellos resulta insuficiente para encarar adecuadamente los problemas que presenta la persona afectada. Una vivienda, un hospital o un centro de día, una residencia de ancianos, asistida o no, un hospital de larga estancia, psiquiátrico o no, un centro de acogida de enfermos de sida, un centro de rehabilitación de toxicómanos y tantos y tantos sitios, cuya característica principal sea la de acoger a personas que necesitan cuidados tanto sanitarios como sociales, son CENTROS Y LUGARES SOCIO-SANITARIOS que forman, en su conjunto, el ESPACIO SOCIO-SANITARIO.

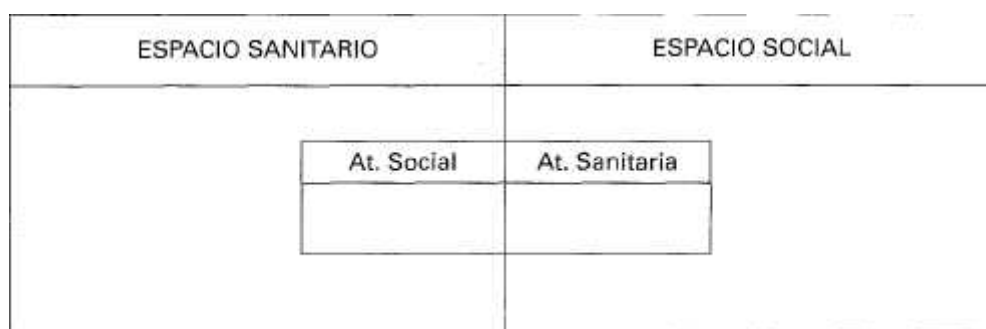
Su configuración exige la aproximación y coordinación administrativa, funcional, técnica y organizativa de ambos mundos. Hasta hace pocos años éstos vivían separados, cada uno con una visión centrípeta de su funcionamiento, ensimisma-

dos, ignorando y negando, de hecho, la existencia del otro. Cada uno, digería como podía *la parte de otro*, los problemas sanitarios o sociales *impropios* que le caían en suerte, intentando, como primera medida, derivar los pacientes indeseados hacia el campo contrario.

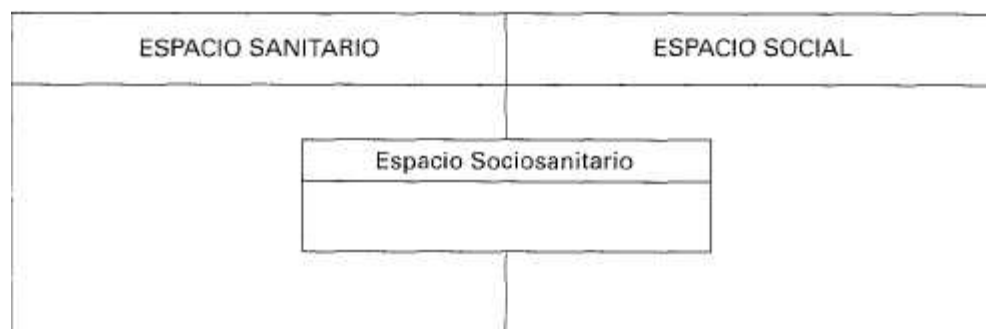
La multiplicación de las relaciones, la complejidad de los casos, el incremento de la conciencia social y de la responsabilidad técnico-política han aproximado estrechamente ambos mundos. Aun cuanto todavía están mal o insuficientemente coordinados, los contactos se han multiplicado y los acuerdos, todavía puntuales, han comenzado a proliferar. De hecho, las Diputaciones Forales y OSAKIDETZA/Departamento de Sanidad han establecido acuerdos parciales en el ámbito de la psicogeriatría, de la atención médico-sanitaria en las Residencias de Ancianos, de la integración laboral de pacientes psiquiátricos y otros numerosos aspectos que están en proceso de negociación.

Superada la fase de incomunicación y aislamiento, e inmadura todavía la constitución de un espacio único, integral e integrado, hay que avanzar y profundizar en esta dirección, desarrollando la fase intermedia de aproximación y de coordinación estrecha entre los sistemas sanitario y social para que la frontera divisoria sea lo más permeable posible.

Fase 2. Separación organizativa y coordinación funcional



Fase 3. Coordinación funcional y espacio socio-sanitario conjunto



4. APROXIMACION Y COORDINACION SOCIO-SANITARIA

En la actualidad el contexto está suficientemente maduro para que pueda abordarse la fase preparatoria de la creación de un único espacio socio-sanitario integral e integrado, una fase que abarca dos aspectos complementarios: la aproximación de sistemas y su coordinación.

4.1 Aproximación de los sistemas sanitario y social

Constatada la existencia de problemas comunes y de ámbitos de intervención conjunta, se hace necesario el establecimiento de mecanismos que concreten la aproximación como base de la coordinación: los grupos de trabajo, de componente fundamentalmente técnica, se han demostrado eficaces para la puesta en común de problemas asistenciales y consolidar acuerdos en temas de interés mutuo.

Los grupos de trabajo deben basarse, por una parte, en intereses concretos y operativos y, por otra, en la participación de las entidades e instituciones directamente implicadas en el tema.

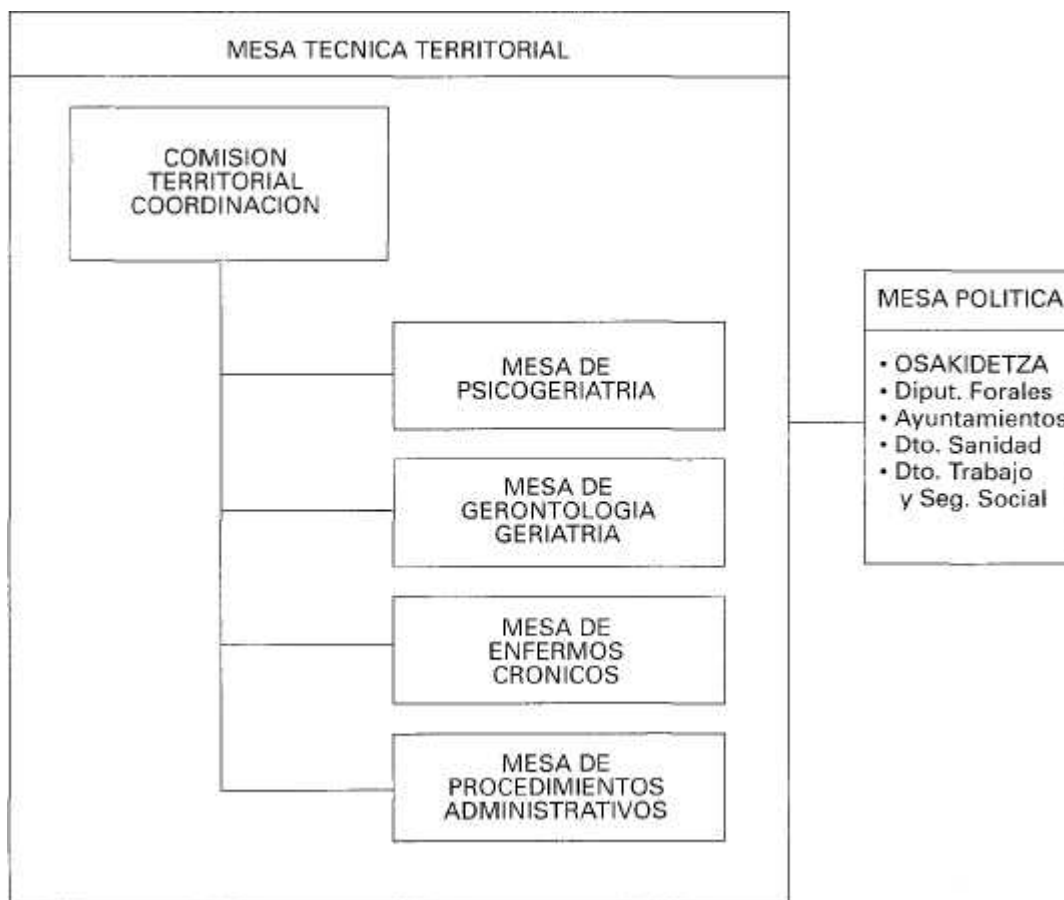
Para la consolidación de esta aproximación podrían establecerse los siguientes mecanismos: 1) Comisiones Territoriales de Coordinación y 2) Mesas Sectoriales de Trabajo.

Estos mecanismos deberían tener las siguientes características:

1. Comisiones Territoriales de Coordinación:
 - a. Composición: representantes de OSAKIDETZA, Diputación Foral y Ayuntamientos con apoyo de los Departamentos de Sanidad y Trabajo y Seguridad Social.
 - b. Ambito geográfico: Area Sanitaria actual.
 - c. Carácter de los miembros: personal técnico con responsabilidades de gestión.

ESPACIO SOCIO-SANITARIO FASE DE APROXIMACION Y COODINACION

Organos operativos



d. Funciones generales:

Generar, en los responsables de ambas redes, la necesidad de la coordinación entre ellos.

Establecer el marco de actuación de las Mesas de Trabajo.

Detectar y definir las situaciones y dispositivos donde se plantean problemas sociosanitarios.

Definir las prioridades de acción en función del volumen de afectados y la gravedad de sus problemas.

Proponer la normativa de identificación y acreditación de dispositivos sociosanitarios.

Homogeneización de la división territorial que permita el establecimiento de referencias únicas.

Estudio y evaluación de los recursos materiales, humanos y organizativos necesarios para el funcionamiento coordinado así como su evaluación económica y su forma de financiación.

Fijar los mecanismos de arbitraje para dirimir las discrepancias y canalizar las situaciones de conflictividad.

e. Principios generales para la coordinación:

El sistema sanitario público debe garantizar la adecuada atención sanitaria a todas las personas acogidas a los servicios sociales.

Los servicios sociales deben prestar su total apoyo a las personas atendidas por el sistema sanitario que lo necesitan.

Cada uno de los sistemas debe facilitar la comunicación y el transvase de uno al otro, agilizando al máximo la tramitación administrativa y considerándolo de orden prioritario.

Ambos sistemas deben aceptar las decisiones de los órganos de arbitraje elegidos.

2. Mesas Sectoriales de Trabajo:

a) Composición: Técnicos de OSAKIDETZA, Diputaciones y Ayuntamientos.

b) Ambito Sectorial. Con carácter meramente enunciativo señalamos aquellas mesas de Trabajo que deberían constituirse a corto plazo:

— Procedimientos administrativos:

- Estudiaría la simplificación de los mecanismos administrati-

vos, organizativos y financieros para facilitar una más rápida y mejor coordinación de los recursos sanitarios y sociales.

— Salud Mental, centrada, principalmente, en los siguientes temas:

- Psicogeriatría.
- Desistitucionalización de crónicos y deficientes mentales.
- Reinserción social de psicóticos.

- Reinserción social de toxicómanos.

- Apoyos a la familia.

— Gerontología/geriatría:

- Asistencia domiciliaria, principalmente sanitaria.
- Dispositivos intermedios (Centros de Día, Hospitales de Día).
- Asistencia Sanitaria en residencias de ancianos, asistidas o no, incluida la psiquiátrica.

— Enfermos terminales sin apoyo familiar:

- Cáncer.
- SIDA.

— Enfermos crónicos:

- Rehabilitación de minusválidos.
- Grandes inválidos.
- Enfermedades degenerativas invalidantes.
- Ortoprótisis y ayudas técnicas.

No resulta necesario ni conveniente, para el desarrollo del proceso, la constitución simultánea de todas las Mesas Sectoriales de Trabajo. Estas deberían ponerse en marcha a medida que la situación lo exigiese, y se consideren necesarias para hacer frente a problemas realmente existentes.

Las Mesas Sectoriales de Trabajo elevarían sus propuestas de acción a la Comisión Territorial de Coordinación quien una vez analizadas y consensuadas las presentará a los órganos políticos allí representados (OSAKIDETZA, Diputaciones Forales, Ayuntamientos y Departamentos de Sanidad y Trabajo y Seguridad Social) para que en una reunión conjunta fuesen discutidos y aprobados si procediese.

4.2. Mecanismos de coordinación

La coordinación exige, para su consolidación, la puesta en marcha de una serie de dispositivos mínimos que garanticen una buena fluidez en las relaciones, una seguridad en el intercambio y unos procedimientos equitativos pero eficaces para la superación de discrepancias. Desde esta perspectiva y como complemento de las funciones definidas en el punto anterior, tanto las Comisiones Territoriales de Coordinación como las Mesas Sectoriales de Trabajo tienen que fijar los elementos básicos que garanticen una buena coordinación y que, a título enunciativo señalamos:

1. Delimitaciones territoriales, sanitarios y sociales, homogéneas a nivel de Área y Comarca.
2. Establecimiento del ámbito socio-sanitario mediante la detección y definición de situaciones y dispositivos asistenciales tanto sanitarios como sociales en que se plantean estos problemas.
3. Referentes recíprocos tanto administrativos como técnicos en cada Área y Comarca y simplificar las relaciones entre ambas redes.
4. Procedimientos consensuados de valoración de casos y situaciones desde una perspectiva conjunta, social y sanitaria.
5. Mecanismos unificados de información de recursos y de vías de acceso a los mismos para conocimiento tanto de usuarios como de profesionales.
6. Análisis de los mecanismos administrativos, organizativos y competenciales actuales que permitan identificar sus puntos positivos y negativos con vistas a la mejora inmediata de la coordinación entre ambas redes.
7. Protocolos de actuación normalizada elaborados conjuntamente para facilitar el transvase, entre sistemas, de los casos más frecuentes o de

mayor gravedad e implantarlos progresivamente entre los profesionales de ambas redes.

8. Un órgano arbitral a nivel de Área, para dirimir las discrepancias entre ambas sedes.

La puesta en marcha de esta fase de aproximación y coordinación impulsará fuertemente el trabajo en común y constituirá el apoyo básico para el establecimiento de un sistema socio-sanitario integral e integrado.

5. CONSIDERACIONES FINALES

La coordinación socio-sanitaria y la creación de un espacio específico identificable implica un proceso largo y, en ocasiones, tortuoso porque supone, fundamentalmente, un cambio cultural, una modificación de actitudes, sustituyendo la visión antagónica por la complementariedad y la integración.

Cualquier transformación, más o menos estructural, como la apertura de nuevas formas de intervención, implica esfuerzos administrativos, técnicos y también económicos y la creación y puesta en marcha del espacio socio-económico no será una excepción. No obstante, las posibilidades que ofrecen los actuales centros y programas así como el potencial existente en el campo privado permiten abrigar esperanzas positivas de mejorar la eficiencia, a corto plazo, sin incremento del coste global y de incorporar nuevos recursos que amplíen la actual oferta.

La actual disfunción resulta insostenible porque está originando un desaprovechamiento de los recursos existentes y dificulta la captación de nuevos con lo que se aumentan los padecimientos de la gente al no poder ofrecerles la solución que necesitan. Por ello, creemos que no existen motivos para retrasar el inicio del trabajo técnico, organizativo y político que implica la aproximación y coordinación efectiva de los sistemas sanitario y social como paso gradual a la implantación de un sistema más integral e integrado.

José Antonio Aguirre Elustondo