

ANÁLISIS

Cinco años después de la promesa a Bruselas de un modelo socio-sanitario para afrontar la vejez de la población, ahorrar y evitar el colapso de hospitales de agudos no hay siquiera consenso definitivo sobre cómo abordar la cuestión

LAS SOCIEDADES PIDEN MEJORAR LA COORDINACIÓN NO CREAR NUEVOS MODELOS

España sigue sin prepararse para el reto sociosanitario

España ha alcanzado, con cifras a cierre de junio de 2017, su peor saldo vegetativo de la historia: las muertes superaron en 32.132 casos a los nacimientos. Y ya casi uno de cada cinco españoles es mayor de 65 años. Las previsiones del Instituto Nacional de Estadística para dentro de menos de 50 años, en 2064, son aún más rotundas: el 38,7 por ciento de la población superará los 65 años y 372.000 personas, el equivalente a toda la población de la comunidad autónoma de La Rioja, tendrán más de 100 años. Habrá más personas mayores y, además, vivirán más años... Con todo lo que esto implica de necesidades sociales y sanitarias para su atención.

¿Está preparado el país para afrontar esta situación? No hacen falta agudas preguntas para escu-

char un no unánime por respuesta en boca de las sociedades científicas, los partidos políticos, los proveedores privados e, incluso, el propio Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, que arrastra desde julio de 2015 sin conseguir su refrendo en el Consejo Interterritorial de Salud y el Consejo Territorial de Dependencia el llamado *Documento base para una atención integral sociosanitaria*, el texto que aspiraba a convertirse en el pilar donde sustentar la atención sociosanitaria.

NO SÓLO ENVEJECIMIENTO

El problema es, fundamentalmente, el envejecimiento de la población, pero también la atención a otros colectivos no envejecidos pero susceptibles de cuidados sociosanitarios porque precisan cuidados intermedios por su conva-

lecencia de media y larga estancia tras episodios agudos, por cuestiones de salud mental o por la necesidad de rehabilitación.

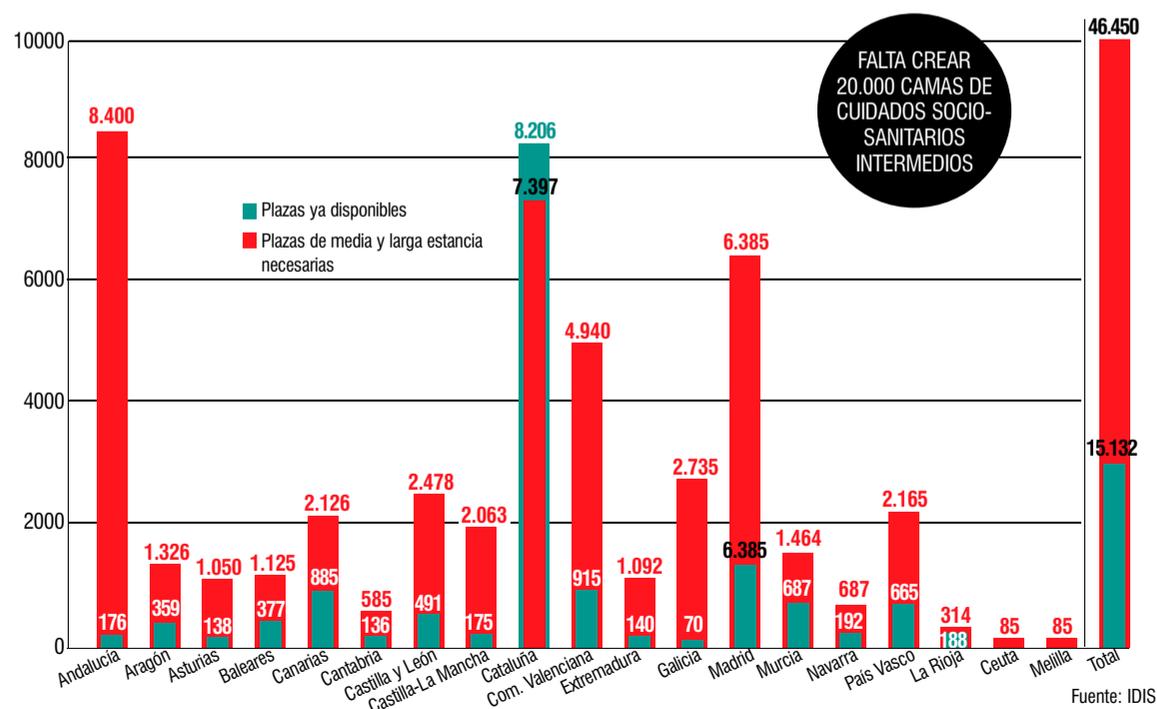
Con un modelo sanitario basado en hospitales de agudos y un modelo de atención a la dependencia que no termina de despegarse de los cuidadores familiares (que también están envejeciendo...) los pilares de la atención a este colectivo creciente se desmoronan por momentos. Se dan paradojas permanentes como la saturación de los hospitales de agudos con pacientes que, en realidad, precisarían cuidados intermedios, de rehabilitación o paliativos y, a la vez, la atención en residencias de ancianos o incluso en el domicilio a cargo de cuidadores familiares de pacientes que aún precisan cuidados sanitarios porque están convalecien-

tes, pero que han sido dados de alta en el hospital de agudos para no saturarlo y que carecen de esa estructura intermedia, un centro de cuidados intermedios de media y larga duración, en la que ser atendidos.

El Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), que aglutina a las principales aseguradoras y grupos hospitalarios privados, pone cifras a este problema: hay 4.300 camas de hospitales de agudos (el 5 por ciento del total disponible) ocupadas por pacientes que no son agudos, lo que está generando un gasto extra para el sistema por ineficiencias en la forma de atención de, al menos, 884 millones de euros al año.

El Ministerio de Sanidad no es ajeno a esta realidad. Ya en 2012 Sanidad estimó en 600 millones de euros (años más tarde rebajó su previsión ante Bruselas a 150 millones y luego la eliminó de su lista de promesas) el ahorro posible con la puesta en marcha de un potente plan sociosanitario. Pese al parón en la elaboración de ese plan, hoy fuentes de Sanidad reconocen que "los beneficios potenciales de la atención sociosanitaria estarían relacionados con garantizar un uso más racional de los recursos, evitando ingresos y estancias innecesarias y poco adecuadas a las características del hospital de agudos; mejorar la capacidad de respuesta de los dispositivos asistenciales, sanitarios y sociales, ya que libera recursos para un uso más apropiado; actuar como mecanismo de prevención ante reingresos; garantizar la continuidad de los cuidados y la mejora de su calidad", y además, claro está, de mejorar "la calidad de vida".

Sobre esta base, las mismas fuentes ministeriales dicen lle- ▶▶



► var desde la legislatura anterior trabajando para "establecer una estrategia de atención y coordinación sociosanitaria sobre el consenso de los sectores público, privado y profesional". Pese a la ausencia de un acuerdo final sobre la cuestión, Sanidad se aferra a tres documentos, el *Libro Blanco de la Coordinación Sanitaria* (2011), la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad* (2012) y el *Informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre Coordinación y Atención Sanitaria* (2013), para defender que sí se está avanzando, en tanto "los citados documentos cuentan con un amplio consenso profesional, político y sectorial y suponen importantes aportaciones que sirvieron de soporte esencial para el *Documento base para una atención integral sociosanitaria*".

ATENCIÓN INTEGRAL

Este último texto, que se presentó al Interterritorial hace ya dos años y que aún sigue pendiente de aprobación, "contiene -detalla Sanidad- una definición ajustada del perfil de la persona con necesidades de atención sociosanitaria, define el contenido de la cartera de servicios sociosanitarios y modalidades de atención, concreta el sistema de autorización de centros y servicios sociosanitarios con criterios homogéneos, establece los instrumentos para la gestión del proceso de coordinación sociosanitaria (comisiones sociosanitarias, gestor de casos) y plantea sistemas de información compartida como la historia sociosanitaria".

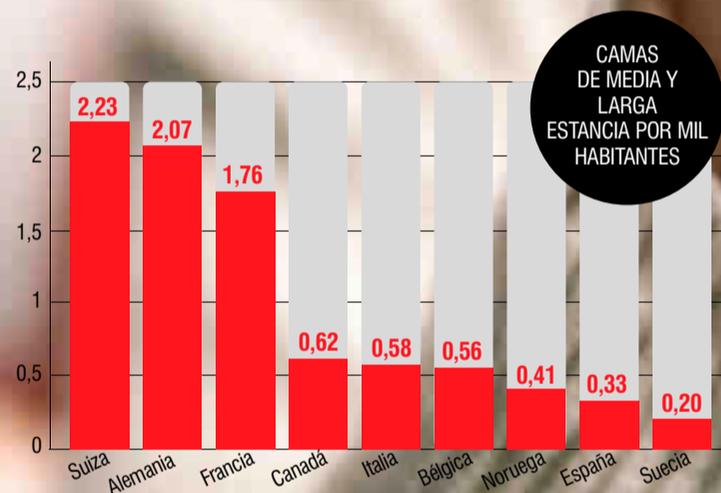
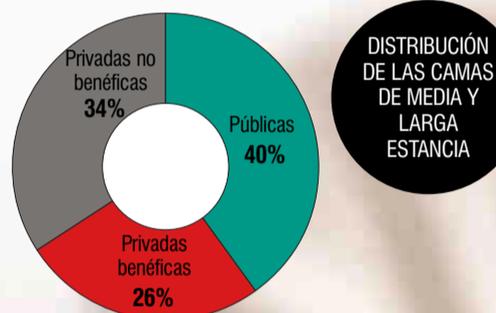
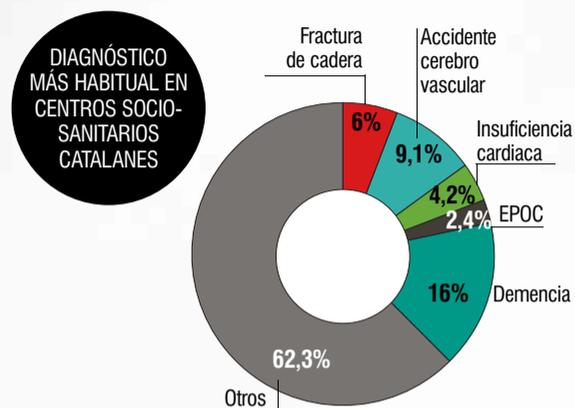
Es decir, este acuerdo permitiría "el desarrollo y la consolidación de una atención sociosanitaria coordinada e integral, que ponga a las personas en el centro de sus actuaciones y que haga posible que todas las instituciones y los profesionales que conforman los equipos asistenciales, tanto del sector sanitario como del social, gestionen de manera efectiva y compartida la atención integral de las personas que requieren servicios de ambos sistemas".

El problema radica no sólo en que este acuerdo aún no está aprobado sino en que, incluso con él sobre la mesa, como ocurriera con la *Estrategia para el abordaje de la cronicidad*, el caminar de las autonomías es desigual y, con frecuencia, más teórico que práctico.

Así lo expresa al menos Antonio Zapatero, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna, una de las sociedades científicas más afectadas por ese colapso sanitario asociado al envejecimiento de la población. "Lo que está ocurriendo ahora -relata- es que esos pacientes vienen por urgencias e ingresan en el hospital, en lugar de trabajar con ellos de otra forma, multidisciplinar, con planes terapéuticos individualizados, con un médico responsa-

ble en AP y en hospital, pero en coordinación con el resto de profesionales, y no sólo de médicos sino sobre todo también de enfermería, asistentes sociales, servicios de salud mental. Hay varias autonomías que han avanzado en esa perspectiva y, en algunas áreas, el liderazgo y la voluntad de algunos profesionales ha ayudado a ponerlo en marcha, pero esto no puede ni debe depender del liderazgo individual. Debe haber un cambio profundo para trabajar con los pacientes no sólo su parte clínica, sino también la funcional, la mental y la social. Todo está relacionado y todo afecta".

Y, sin embargo, actualmente, "las plazas [de cuidados intermedios sociosanitarios] son escasas pese a que en determinado momento de la vida el plan terapéutico no es el más importante: ha habido muy poco desarrollo en este país de los paliativos, la rehabilitación, la larga y media estancia...". En su opinión, "hacen falta desde luego más recursos, financiación y estructuras y, evidentemente, plantillas acordes a esas necesidades".



Dificultad legal y de coordinación

Falta de recursos, pero, sobre todo, de coordinación e incluso de una legislación que la favorezca. Ése es el principal problema que ve Daniel Gil, vicedecano del Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid, para la implantación efectiva de la atención sociosanitaria. En su opinión, "hay trabajadores sociales presentes en todos los sistemas sanitarios de todas las autonomías porque la atención social forma parte de la cartera de servicios sanitaria", pero la coordinación sigue dependiendo "de la buena voluntad y disposición de los profesionales porque, legalmente, como el trabajador social no es trabajador sanitario no puede, por ejemplo, acceder a la historia clínica". La labor diaria de los trabajadores sociales en la sanidad, que sirven de enlace con el sistema de Servicios Sociales, tiene así mucho de artesanal y "no hay protocolos, por ejemplo, que se activen directamente cuando entra a un hospital un paciente que va a precisar luego convalecencia y que no tiene familiares. La necesidad se detecta, pero dos días antes del alta y eso lo dificulta todo". La solución a este problema pasa, en su opinión, "no por crear un nuevo sistema sociosanitario con sus propias estructuras, sino por desarrollar por completo el sistema sanitario y el social", cuestión que reconoce que "mientras lo social depende de los ayuntamientos y lo sanitario de las comunidades autónomas resulta complicado".

TRABAJO SOCIAL PIDE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

En línea muy parecida se expresa José Antonio Trigo, presidente de la Sociedad de Geriátrica y Gerontología, para quien "la atención al paciente sociosanitario está bien planteada en Cataluña y se está empezando a plantear bien en Madrid. Pero no se trata sólo de personas mayores sino de pacientes frágiles con riesgo de pasar a ser dependientes. Se trata de evitar o retrasar ese paso. Y para eso hacen falta recursos, pero sobre todo romper la barrera entre lo social y lo sanitario, y eso es algo que ni siquiera se ha conseguido con las consejerías", critica. "Son pocas todavía, por ejemplo, las autonomías en las que hay acceso a la historia sociosanitaria por parte de los dos sistemas, el sanitario y el social".

Entre retos sin abordar todavía, Trigo destaca "la necesidad de, al menos, duplicar las plantillas de geriatras y elevar las camas para cuidados intermedios, que son sólo un 30 por ciento de las necesarias".

Falta crear 20.000 camas de cuidados intermedios

España necesita crear 20.000 plazas de cuidados intermedios o su equivalente de 161.000 plazas de hospitalización a domicilio para hacer frente a las necesidades de cuidados intermedios actuales. Así lo ha concluido el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, que aglutina a los principales grupos privados hospitalarios y aseguradoras sanitarias.

Según Manuel Vilches, director general del IDIS, de hecho "en nuestro país no disponemos de los recursos suficientes en este momento [para atender la demanda de cuidados intermedios] y España se encuentra por debajo de la media de los países de nuestro entorno con 2,3 camas por 1.000 habitantes, frente a la oferta de Alemania de 5,3, por ejemplo". Además, "Alemania, Suiza o Francia ofrecen una cobertura en servicios sociosanitarios intermedios hasta siete veces mayor que España por lo que nuestro país tiene aún un largo recorrido por delante", afirma Vilches.

En esa línea, el sector privado reclama "hacer de los cuidados sociosanitarios intermedios una prioridad política basada en un pacto de Estado en el que participen todas las partes involucra-

España está muy por debajo de los países de su entorno en plazas de cuidados intermedios por habitante y muestra desigualdad territorial

das en este asunto tan sensible y en el que se aborde este problema en su integridad, teniendo en cuenta la imprescindible acreditación de centros que clarifique roles y responsabilidades".

Y es que actualmente, ante la carencia de recursos, Vilches reconoce que se está atendiendo a estos pacientes, con frecuencia, alargando su estancia en hospitales de agudos o bien derivándolos "a centros residenciales que no están concebidos para satisfacer las necesidades de pacientes de perfil sociosanitario intermedio, pero donde la provisión de cuidados intermedios en estos centros de larga estancia es un hecho constatado".

DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS

Vilches apela también a recordar que el sector privado debe ser un aliado esencial en ese acuerdo necesario para ampliar y planificar la atención a pacientes sociosanitarios que precisan cuidados intermedios. Y alerta de las desigualdades territoriales en la distribución actual y desarrollo de estas estructuras intermedias.

"Nos encontramos -explica- con claras desigualdades en la disponibilidad de recursos sociosanitarios intermedios entre las diferentes autonomías. Destacan las excepciones de Cataluña respecto a la oferta de camas sociosanitarias y de la Comunidad Valenciana respecto a las de hospitalización domiciliaria", que serían las únicas autonomías que superarían en oferta de plazas las necesidades reales que tienen. El resto de autonomías, sin embargo, plantean graves carencias de dotación de plazas para este tipo de pacientes, por lo que Vilches afirma que de cara al futuro "la equidad [en la disponibilidad de estos recursos] debería conformar el horizonte y el objetivo a lograr y para ello de nuevo surge la imprescindible colaboración público privada".

Ante el temor de que estas estructuras acaben traduciéndose en la implantación de copagos a pacientes sociosanitarios que antes recibían atención gratuita en hospitales de agudos prolongando allí su estancia, el IDIS insiste en que "nunca hemos sido partidarios de gravar más al ciudadano".

Tasa de población en riesgo de pobreza y susceptible de mayores atenciones coordinadas entre el sistema sanitario y el social.



Guadalupe Martín
Diputada y miembro de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados por el PSOE

TRIBUNA

'Sí' a coordinar sistemas, 'no' a integrarlos

Es necesario coordinar mejor los sistemas sanitario y social, pero no integrarlos para evitar, entre otras cuestiones, la absorción de un sistema por el otro ya que son claramente desiguales en dotación y tipos de copagos.

i Hace falta crear un sistema sociosanitario? Hasta ahora, cuando ha surgido el debate a propuesta de algún grupo parlamentario, nosotros hemos manifestado la necesidad de la coordinación, pero no la creación de espacios intermedios que nada aportan, y que tienen solamente motivos economicistas. Igual que no se plantea la creación de otros espacios "educativo-sanitario" o "sanitario-laboral" o "educativo-laboral" porque serían sistemas ficticios, nos hemos mantenido en la posición de no crear un sistema "socio-sanitario".

Vaya por adelantado que soy médico de profesión. Pero también que parte de mi trayectoria profesional y política se ha movido en el ámbito social, lo que me ha permitido conocer y gestionar el Sistema de Servicios Sociales en mi comunidad autónoma, Castilla-La Mancha. He podido aprender, escuchar y aplicar políticas sociales con la colaboración de excelentes profesionales de "lo social", y desde esta experiencia, hago mis reflexiones.

Creo que no hace falta crear un nuevo espacio: hace falta más y mejor coordinación entre los diferentes sistemas (Sistema Nacional de Salud, Sistema de Servicios Sociales, Sistema Educativo, Sistema de Pensiones, e incluso con los servicios de empleo). Es conveniente poner de acuerdo a los diferentes profesionales, para que puedan ofrecer las mejores prestaciones en cada momento. Las necesidades son cambiantes, y deben ser abordadas por los diferentes profesionales debidamente coordinados, entre iguales y con protocolos flexibles. La metodología del trabajo social o del trabajo sanitario están perfectamente desarrolladas en los ámbitos social y sanitario. Habrá que mejorar la coordinación, pero la calidad del trabajo es incuestionable.

Hay que pensar que absolutamente todos los ciudadanos somos susceptibles de necesitar la respuesta del sistema social o del sanitario en cualquier momento de nuestra vida. Por ello, es necesario que existan los dos sistemas y que ambos sean públicos, universales y accesibles en todos los territorios, velando por la mayor equidad. De hecho, el principal peligro es la "absorción" de un sistema por otro, ya que son claramente desiguales en su implantación y en su dotación (incluso en su evolución histórica). Si no se considera la importancia de los dos sistemas, se caerá en la desviación de los ciudadanos de un sistema al otro que sea más "rentable" económicamente. El acceso a los diferentes sistemas debe estar garantizado en igualdad para todos los ciudadanos, y deben estar financiados con presupuestos públicos.

No podemos olvidar que los copagos por la prestación de los servicios y las diferentes prestaciones no son iguales en un sistema y otro: la sanidad se financia con los Presupuestos Generales del Estado y por las Comunidades Autónomas y existe copago en el gasto farmacéutico o en la adquisición de algunos productos sanitarios (por ejemplo, órtesis y prótesis), y los Servicios Sociales reciben financiación pública, igualmente, pero el ciudadano aporta un copago en algunos de los servicios que recibe, en función de su situación personal.

Por otra parte, se puede correr el peligro de desviar pacientes crónicos al ámbito social, en determinadas patologías, y muy especialmente en algunas patologías crónicas. Es el caso de demencias, enfermedades neurodegenerativas, mentales u otras enfermedades invalidantes o que crean dependencia en su atención.

Un cardiópata o un diabético o un paciente con EPOC no es un enfermo que se derive al ámbito "social". Un enfermo mental, sí. Los dos son enfermos crónicos que pueden precisar, o no, apoyo social en un determinado momento.

Por otra parte, un paciente con una enfermedad terminal puede precisar apoyo "social" en función de su entorno familiar, pero no necesariamente debe ser atendido en una residencia de personas mayores. Son necesidades diferentes.