

# COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS EN LA ATENCION A LA TERCERA EDAD

*¿os datos demográficos de que disponemos para la Comunidad Autónoma, muestran de una forma precisa el reto que para los Servicios Sanitarios y Sociales habrá de representar el envejecimiento de la población. Se hace cada vez más urgente la necesidad de analizar la adecuación de las respuestas de los dos sistemas o, en su caso, la coordinación y eficacia del entramado de recursos institucionales puestos a disposición de la población anciana.*

## EL USO DE LOS RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES

Los gestores sanitarios deben tratar de afrontar el cambio que supone la aparición de un "nuevo cliente" y que afecta a toda la estructura de consumo en Servicios de Hospitalización y Atención Primaria. En este campo, la concepción predominante ha sido presa de una visión parcial, ya que sólo ha vislumbrado cuidados sanitarios en determinada fase para, una vez resuelta o afrontada la patología, adicionar servicios sociales. Un planteamiento de esta índole que pretende resolver por "etapas" cuestiona todo el carácter interdisciplinario que requiere la atención a las personas mayores de 65 años. Teniendo en cuenta que no pueden ser troceadas las necesidades del sujeto anciano en función de la organización compartimentada de los servicios.

Es conocido cómo en muchos casos el alta hospitalaria se retrasa por los condicionantes sociales (falta de plazas en Residencias, necesidad de ayuda domiciliaria, etc.) que van a afectar al rendimiento óptimo de los Hospitales, retrasando el ingreso de pacientes con patologías que requieren una asistencia propia de un Hospital de

agudos y que carecen de camas para ser tratados.

En cuanto a los Servicios Sanitarios, los déficits de plazas para ancianos incapacitados y las insuficiencias de cobertura sanitaria en las Residencias se presentan como un débil continuum en la atención social y sanitaria para las personas de edad.

En las Residencias de ancianos de "válidos" viene produciéndose un desplazamiento y tendencia al alza en cuanto a la necesidad de contar con mínimos soportes sanitarios o de enfermería. Sin duda alguna, el propio devenir de la población ingresada en estos Centros, merced a su propio envejecimiento, va a reclamar mayores cuidados médicos y de enfermería con la tutela sanitaria debida.

Es más patente la existencia de un terreno fronterizo e insuficientemente abordado, en lo que concierne a la asistencia sanitaria que se precisa en las Residencias denominadas "Asistidas" y dependientes de la Administración responsable de los Servicios Sociales.

Las citadas Instituciones se ven cada día más compelidas a tener en cuenta la complejidad que requieren los cuidados médicos y la pluripatología física y/o psíquica de la población internada. En suma, a recabar el concurso de la red asistencial en manos de otra Administración (Osakidetza).

En la práctica, la ordenación de los diferentes ámbitos competenciales y de responsabilidades sanitarias o sociales para con los ancianos, no resultan fáciles de articular; ya que son cada día más difusas las fronteras entre la atención sanitaria y social. El marco jurídico, configurando una auténtica dispersión organizativa, tampoco ayuda demasiado en esta tarea.

Ante tales realidades, se puede afirmar que los cambios demográficos operados en los últimos años, y en especial el que al número de personas mayores de 65 años se refiere, no han logrado influir lo suficiente en la estructuración conjunta de las políticas de salud y de servicios sociales. La rigidez y compartimentación se hallan demasiado presentes en los programas e intervenciones ante la problemática socio-sanitaria de la 3.<sup>a</sup> Edad.

## EL ESPACIO SOCIO-SANITARIO EN LA ATENCIÓN A LA 3.<sup>a</sup> EDAD

La atención geriátrica para ser eficaz requiere el concurso organizado por niveles de los recursos sanitarios y sociales, enfocados a la mejora de calidad de vida del anciano desde una perspectiva de sujeto global.

En la actualidad, y en materia de servicios sociales se vienen abandonando los criterios puramente asilares o de institucionalización en el tratamiento de la vejez, para hacer hincapié en la función de apoyo de la familia y la comunidad de referencia.

Entre las recomendaciones de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (Viena 1982) se alude a la unificación de esfuerzos entre las redes sociales y sanitarias. Textualmente se señala: "Los sistemas existentes de servicio social y atención sanitaria para las personas de edad resultan cada día más costosos. Hay que estudiar medios de mitigar esta tendencia y de crear sistemas sociales *conjuntamente* con

servicios de atención sanitaria primaria, en el espíritu de la Declaración de Alma-Ata".

Es a partir de estos conceptos como puede entenderse el análisis interdisciplinar que se precisa, toda vez que la prevención y la atención comunitaria muestran el cruce de múltiples variables en el acontecer del anciano en su medio. Y en especial, lo que atañe a su prioritaria valoración del estado de salud, con los temores y discapacidades que lo condicionan.

Lo que resulta preciso, es situar ambas actuaciones, la de Salud y Servicios Sociales, en el marco de una determinada Política Social; aquella que "busca" el bienestar social. De esta manera, se descarta el carácter de Institución "total" para cada una de las intervenciones sectoriales y que es frecuentemente aducido —en términos de suficiencia— por las propias organizaciones encargadas.

Atendiendo a estas consideraciones, podemos deslindar los terrenos fronterizos o lo que denominamos *espacio socio-sanitario* en los servicios para la tercera edad y que realizan diversas agencias y órganos con responsabilidad pública. Se trata de identificar demandas "conflictivas", en razón del carácter de las ofertas, bien sean deficitarias, costosas o multidependientes.

En primer lugar, los terrenos "de nadie" conciernen a los pacientes ancianos con enfermedad crónica y mayor o menor dependencia, que no hallan ubicación en los Hospitales generales, y que ante la ausencia de alternativas de hospitalización, en media y larga estancia, son reenviados a sus domicilios a la espera de obtener plaza en alguna de las escasas Residencias.

En segundo lugar, la descoordinación y duplicidades se expresan ante la ausencia de una programación sanitaria y social, acorde con las demandas de los enfermos ancianos con demencia senil y las sobrecargas familiares que suponen. El nivel de indefinición puede traducirse, en muchos casos, en el desestimiento institucional o en ayudas y prestaciones inapropiadas.

Finalmente, un tercer terreno que requiere reajustes afecta a la función sanitaria que necesariamente deben cubrir las Residencias de los Servicios Sociales.

Las derivaciones de una a otra red de servicios y las duplicidades, vienen a determinar la existencia de importantes problemas socio-sanitarios. Especial atención debe merecer a cualquier programa, el tipo de usuarios de edad avanzada, que por su morbilidad o necesidades sociales son rechazados, o siendo fronterizos, están a caballo entre cualquiera de los tramos propios de los servicios sociales o sanitarios.

Las posibles causas de explicación de estas situaciones fronterizas atañen tanto a la historia de los servicios sociales, llegados tarde y sin apenas recursos en el contexto de nuestro naciente Estado de Bienestar; como al discurso hegemónico de ajenidad respecto a las dimensiones no clínicas que ha imperado en la atención sanitaria.

De esta manera, la existencia de múltiples dependencias o agencias encargadas de "atender" a las personas mayores, viene a impedir cualquier establecimiento estandarizado de indicadores de seguimiento, control y evaluación de su bienestar y estado de salud.

En especial, el sistema actual de compartimentación según el origen de la financiación, no permite, por ejemplo, detectar todos los procesos de tipo social que se recogen en los Hospitales de la Comunidad Autónoma. En otro orden, existen dificultades para definir los niveles de cuidados médicos y de enfermería que se precisan y recaban en las Instituciones de Servicios Sociales.

## LA COORDINACION QUE SE PRECISA

El Plan Gerontológico de Euskadi manifiesta la necesidad de la colaboración y del tratamiento integral que deben estar presentes en cuantas intervenciones se dirijan desde el campo de lo social o de lo sanitario a la población de edad. El documento enuncia de forma genérica algunas de las medidas que pueden hacer posible el cumplimiento de los objetivos de coordinación y mejora de los servicios prestados a la tercera edad.

Más recientemente, el Programa de Gobierno (PNV-EE-EA) expresa la necesidad de contar con un "espacio socio-sanitario que posibilite la mejor coordinación entre el Sistema Sanitario y los Servicios

Sociales". Todo ello, en el marco de "las actuaciones sectoriales más coordinadas y planificaciones conjuntas creando nuevos recursos socio-sanitarios".

Estas referencias, a la vez que señalan las directrices que han de seguirse, dan muestra de sensibilidad ante un conjunto de cuestiones de hondo calado y entidad social. En suma, nos hallamos ante un problema real que deberá ser afrontado a muy breve plazo en nuestra Comunidad Autónoma.

La colaboración que ha de darse entre los servicios sanitarios y sociales exige avances y modificaciones muy significativos en cuanto a la definición de competencias y responsabilidades a la hora de planificar, gestionar, coordinar o financiar las acciones concurrentes dirigidas al bienestar de la tercera edad.

Si alguna virtud tiene el estancamiento actualmente existente se refiere a la ausencia de datos globales respecto al grado de cobertura de una u otra estructura. La planificación debe contar de una manera más exacta con los datos respecto a niveles de dependencia o *necesidades* según los grados de discapacidad para las personas mayores de 65 años. Igualmente ha de incorporarse la información de derivaciones entre ambos sistemas de servicios y el grado de ajuste o congruencia obtenido según la cualificación de la oferta.

El diagnóstico de necesidades por nivel de complejidad ha de orientarse hacia la adaptación de los servicios en bloque según cualificación de la oferta por niveles de complejidad e integrando cuidados sanitarios —enfermería comunitaria, oftalmología— y sociales que puedan ser prestados en el entorno. Algunos estudios sobre el Mapa de Recursos y otros trabajos en marcha apuntan en esta dirección.

En lo que afecta al *personal* que trabaja en el sistema sanitario o social se requiere una política de formación de refuerzo curricular en los temas de geriatría y de comunicación reglada entre los profesionales que prestan sus servicios en ambas estructuras.

*El uso inadecuado de los Centros Sanitarios*, es decir, las camas de agudos de los Hospitales Generales por personas de edad, que han de ser derivadas a Hospita-

les de media o larga estancia, cuando no a Residencias asistidas, resulta una sobrecarga asistencial y un alto coste económico difícilmente asumible socialmente, ya que hace ineficientes las unidades de hospitalización dotadas de cierto nivel técnico.

La alternativa más plausible se dirige a la potenciación de los Centros de internamiento adecuados (media y larga estancia, unidades geriátricas en Hospitales de agudos) que optimicen las estructuras existentes. Así, han de ser promocionados los Hospitales de media estancia para los enfermos crónicos. La *concertación* de camas del sector privado o sin ánimo de lucro encuentra aquí su mayor justificación.

En el terreno de la *atención domiciliaria*, los servicios sociales precisan incorporar suficientes elementos de apoyo sanitario en el mantenimiento de las personas de edad en su entorno. Han de ser reducidos los tramos de voluntarismo en la relación con el personal del Centro de Salud más próximo. Las experiencias iniciadas de enfermería comunitaria y de colaboración con los servicios sociales de base habrán de consolidarse en cuanto a su respectivo campo de acción, evitando las duplicidades advertidas en el rol profesional de los trabajadores afectados.

La reorientación que se postula desde los servicios sanitarios, pasa por vincular o concertar el dispositivo institucionalizado residencial, reforzando o garantizando mínimos técnicos de calidad y *acreditación médico asistencial* para los ancianos ingresados.

Los entes afectados, deben ser objeto de revisión las características que presenta la *financiación* de algunos de los Programas de atención a la Tercera Edad, en especial los que hemos denominado *fronterizos* entre los Servicios Sociales y los Sanitarios.

Resultan posibles y urgentes acuerdos de colaboración con financiación compartida para el desarrollo de programas conjuntos e incluso con equipos de trabajo dependientes de diferentes entidades públicas (Osakidetza, Diputaciones y Municipios).

El contenido de estos *Convenios* de colaboración ha de tener como objetivo lo-

grar materializar intervenciones que den globalidad y eficacia a los programas de la tercera edad, predeterminando los espacios comunes y la responsabilidad funcional y financiera de los entes participantes. De lo contrario, se mantendrán las disfunciones hoy ya observadas en las actividades de atención sanitaria y social a los ancianos.

Algunas propuestas, entre ellas la que se reseña en el Plan Gerontológico de Euzkadi, vienen a aconsejar la incorporación a los costes de los servicios sanitarios de todo el contenido asistencial que se presta en los Centros sociales. En coherencia con este planteamiento, el sector sanitario debería repercutir los costes sociales que en la atención sanitaria a los pacientes de la tercera edad se producen. La Comunidad Catalana cuenta desde hace unos meses con una iniciativa legislativa que avanza en esta dirección. En esta materia, cabe exigir el equilibrio compartido en la orientación hacia el usuario anciano y que frecuentemente gravita en exclusiva sobre el sector sanitario.

En el aspecto institucional, hay que conformar estructuras y órganos estables dedicados a gestionar la coordinación tanto en la base como a nivel directivo, que aglutinen a las agencias y Administraciones responsables de tratar ese enfoque multidimensional preciso en la eficacia y racionalización de los cuidados y atenciones a la población anciana. En modo alguno, la coordinación debe dejarse a la iniciativa o posibilidades aisladas de los profesionales implicados.

En su concreción, las intervenciones que se precisan deben atender a la organización en términos de redes que afectan a la problemática socio-sanitaria de los individuos de la tercera edad presentes en el territorio. En congruencia con este acercamiento, las áreas de salud están llamadas a transformarse también en *áreas socio-sanitarias*.

No es arriesgado pensar en una conformación nueva de la *red sanitaria* conforme a la problemática de la atención socio-sanitaria de la tercera edad. Todo ello en un contexto de progresiva desvinculación forzada o voluntaria, de la familia como estructura habitual de soporte, lo que ha de implicar una mayor presencia de la de-

manda susceptible de ser atendida a domicilio, en los Hospitales de día o mediante la hospitalización. Un Programa de "Salud para los ancianos" podría integrar todas las acciones e iniciativas que deben proseguirse.

La intervención de carácter integral y coordinado que se propugna en la provisión pública de atención social y sanitaria a la población mayor de 65 años, se sustenta en la pluricausalidad de sus necesidades, que exigen que no hay solapes o "competencias" entre los diversos proveedores de servicios. De esta forma, puede evitarse el que repercutan en los ancianos las ineficiencias administrativas o sus propios litigios económicos o jurídicos.

Las indicaciones contenidas en el Plan Gerontológico de Euskadi nos exigen avanzar en una línea de progresiva coordinación. En ese escenario se han querido inscribir las presentes reflexiones.

**Antonio Heras Gómez**

## **BIBLIOGRAFIA**

**DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL:** *Plan Gerontológico de Euskadi*. Gobierno Vasco, 1990.

**BAZO, M.<sup>a</sup> TERESA:** *La Sociedad anciana*. C.I.S. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1990.

**CONSEJO GENERAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERIA:** *Servicios Sociales y Servicios Sanitarios*. Madrid, 1989.

**SIMPOSIO-FUNDACION CAIXA:** *La ancianidad en el año 2.000*. Barcelona, 1987.

**LOZA, JESUS:** *La atención social y su articulación en las políticas de salud. Comunicación al III Congreso de la SESEPAS*. Bilbao 25-27 Octubre 1989.

**FERNANDEZ DE GAMARRA, JUAN M.<sup>a</sup>; PADIERNA, ANGEL:** *La Atención psicogeriatrica en Euskadi hasta el año 2000*. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco, Mayo 1990.

**COLLADO, ANA:** *Efectos no deseados del proceso de envejecimiento en la sociedad española*. REIS n.º 48, Octubre-Diciembre. Madrid, 1989.

**CABALLERO GARCIA, JUAN CARLOS:** *Asistencia Geriatrica en Euskadi*. Zerbitzuan-Revista de Servicios Sociales n.º 14. Enero 1991. Consejo Vasco de Bienestar Social.