

EL ESPACIO SOCIO-SANITARIO EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE EUSKADI: UNA PROPUESTA FUNCIONAL DE ANALISIS

A través del análisis de diversos textos legislativos, el presente artículo analiza la forma en la que se ha desarrollado el llamado espacio sociosanitario en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Los autores relacionan el nuevo modelo asistencial con la emergencia de crecientes demandas por parte de los ciudadanos y con el cuestionamiento del Estado del Bienestar, y proponen un esquema típico ideal para la gestión de ese espacio socio-sanitario.

En este principio de siglo en el que los avances tecnológicos están afectando a todos los ámbitos de la vida humana, asistimos a la emergencia de debates que afectan a determinadas concepciones que hasta hace poco tiempo parecían dogmas de fe. Uno de ellos es el que se refiere a la política socio-sanitaria y, más concretamente, al papel que juegan los poderes públicos en la creación o no de condiciones favorables para la prestación de servicios que tienen que ver con la salud y el bienestar de las personas.

Las nuevas situaciones sociales que provienen de la emergencia de nuevos y graves problemas de salud, como el SIDA; la presencia cada vez más importante de situaciones de deterioro crónico vinculadas a la ampliación de la esperanza de vida de

la población, problemas de drogadicción, cáncer o, simplemente, de reducción de la capacidad funcional de las personas debido al envejecimiento, son algunas de las causas que hacen que las modalidades asistenciales tradicionales queden, si no obsoletas, sí desfasadas, en la medida en que muestran un cierto grado de incapacidad para atajar, terapéuticamente hablando, este tipo de situaciones donde es muy difícil conocer dónde terminan los problemas estrictamente sanitarios y dónde comienzan los asistenciales y, por extensión, sociales.

Aunque, como se verá más adelante, el objeto de esta comunicación es abordar las características más sobresalientes de eso que se llama en la actualidad el «espacio socio-sanitario», y a ello dedicaremos nuestro esfuerzo, no por esto podemos dejar de señalar la trascendencia de la problemática que se esconde detrás de este intento de reformulación de los instrumentos de intervención del sistema socio-sanitario por parte de los poderes públicos. Temas tales como la necesidad de desgajar o, al menos, de plantear abiertamente las relaciones público-privado y, más concretamente, la necesidad de distinguir entre el ámbito de responsabilidad pública del propio sistema socio-sanitario del sistema de gestión más menos descen-

tralizado o la emergencia de sistemas flexibles de gestión provenientes del ámbito de la iniciativa privada a fin de dotar al conjunto del sistema de un grado de eficacia que en la actualidad no posee, son algunas de las cuestiones a las que apunta el conjunto de reformas reseñadas en esta comunicación.

La polémica suscitada ante la necesidad de desarrollar un espacio socio-sanitario cuya finalidad sea la atención integral a las personas necesitadas, en el fondo, no es ni más ni menos que la punta del iceberg de un debate más amplio que plantea los límites del Estado de Bienestar, atrapado en una lógica que, por una parte, le obliga, normativamente hablando, a la satisfacción universal de las necesidades como criterio básico de legitimación social, mientras que, por la otra, está obligado a mantener las condiciones materiales de acumulación y de reproducción del capital. Ya en 1975 Jürgen Habermas y más tarde, en 1981, James O'Connor, planteaban este debate abiertamente en lo que llamaban ellos «problemas de legitimación del capitalismo tardío». Este debate ha venido acaparando la atención de los especialistas hasta nuestros días, por eso, nos atrevemos a decir que propuestas como la del espacio socio-sanitario no pueden entenderse en términos de modelos contrapuestos, al margen de las condiciones de acumulación del sistema capitalista; por el contrario, la necesidad de reforzar los instrumentos de intervención y de dotarles de mayor eficacia se produce en los intersticios de un sistema en el que hay que buscar un alto grado de eficiencia, es decir, la satisfacción de los objetivos al menor costo posible, como condición *sine qua non* para garantizar su viabilidad y la universalización de las prestaciones.

Por último, conviene tener en cuenta en esta presentación que este trabajo no parte *ex-novo*. Por el contrario, es fruto de múltiples esfuerzos tanto desde el punto de vista teórico¹ como práctico y que con-

¹ Merecen la pena citarse los trabajos de Aguirre Elustondo, José Antonio, «Conexión de la Asistencia Social y Sanitaria. Análisis Estratégico I» en Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales, N° 23, Septiembre, 1993, págs. 4/13; Aguirre Elustondo, José Antonio «Conexión de la Asistencia Social y Sanitaria. Análisis Estratégico» en Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales, N° 24, págs 9-15. Este mismo autor formula abiertamente el concepto «espacio socio-sanitario» en Aguirre Elustondo, José Antonio, «El Espacio Socio-sanitario. Propuesta de Acción a Corto Plazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco» en Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales, N° 26, 1994, págs. 38/48. Ver también Colom, Dolores. "La atención socio-sanitaria del futuro", Ed. Mira. Zaragoza, 1997, en este trabajo se hace una tipología completa de los diferentes servicios que componen la atención socio-sanitaria.

vergen en lo que, desde nuestro punto de vista, constituye el meollo de la cuestión: la necesidad de buscar espacios operativos de convergencia entre los subsistemas sanitario y social, de cara a conseguir eso que ya constituye un referente normativo en la política socio-sanitaria de cualquier país, y que, en pocas palabras, significa la atención integral personalizada para aquellos pacientes que carecen de recursos familiares y personales y que, por lo tanto, deben encontrar una respuesta institucional a sus necesidades.

Este trabajo está estructurado en diversos apartados. En primer lugar, presentaremos en qué consiste lo que en la CAE se ha dado en llamar «*espacio, socio-sanitario*». En segundo lugar, nos detendremos en el marco legislativo afectado, a fin de analizar las oportunidades y/o amenazas que nos brinda para el desarrollo de un tipo de atención socio-sanitaria hasta ahora inexistente. Es obvio que la legislación nos va a ayudar a comprender el modelo sociopolítico del que partimos y, en última instancia, será quien condicionará o determinará la naturaleza y características de las acciones venideras. A continuación, expondremos los primeros pasos que políticos y profesionales de ambos sistemas han dado en la CAPV en orden a configurar y materializar el citado espacio socio-sanitario. Por último y, a modo de conclusión, se propone un esquema operativo a modo de propuesta típico-ideal de las diferentes situaciones posibles y de las respuestas institucionales dadas a las mismas, tratando de mostrar de forma dinámica los mecanismos institucionales de canalización de las demandas-dentro del propio sistema socio-sanitario.

En definitiva, se trata de que entre todos hagamos un esfuerzo por diseñar y poner en marcha nuevos servicios comunitarios de naturaleza socio-sanitaria que contribuyan a la mejora de la vida humana.

1. EL ESPACIO SOCIO-SANITARIO

El denominado recientemente «*espacio socio-sanitario*» hace referencia a un espacio fronterizo existente entre la atención sanitaria y la social, donde la atención de uno solo de dichos sistemas es incapaz de solucionar los problemas de las personas que presentan ambos tipos de problemáticas.

Esta zona fronteriza es extensa, variada y, a veces, confusa. No es fácil delimitar dónde termina un problema de salud y dónde comienza el social. Posiblemente, la

distinción no es posible porque ambas cuestiones están íntimamente entrelazadas. Por este motivo, el espacio socio-sanitario deberá cubrirse con lo que denominaremos atención socio-sanitaria, que no es igual al sumatorio de la atención sanitaria y social que de forma independiente prestan ambos sistemas.

Este espacio, a grandes rasgos, está constituido por las necesidades de una serie de colectivos que tienen en común el estar afectados por enfermedades crónicas y/o terminales somáticas o psíquicas, cuya patología exige un nivel de atención sanitaria y social complementaria, continuada, compleja y que, en la actualidad, cada vez resulta más complicado satisfacer de forma integral. Las razones son diversas.

Por un lado, nos encontramos con un Sistema de Salud que durante los últimos años ha hecho notables inversiones en alta tecnología diagnóstica y terapéutica, fundamentalmente para el tratamiento de procesos agudos. La incorporación de dichos avances se está traduciendo, sin duda, en una notable mejora de la salud de los ciudadanos. Por el otro, se están haciendo grandes esfuerzos en mejorar las condiciones tanto de accesibilidad al sistema como de confortabilidad en las instalaciones, lo que está generando un aumento del grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud respecto a las prestaciones que reciben. Sin embargo, en el ámbito de la atención a las necesidades sanitarias y sociales que surgen como consecuencia de las afecciones crónicas, se observa un vacío considerable del que los pacientes y familias afectados se lamentan frecuentemente cuando constatan que, ante sus demandas, bien se les deriva a los servicios sociales, o bien se les transfiere a ellos la responsabilidad de los cuidados o atenciones a las que precisamente se sienten incapaces de hacer frente. La atención sanitaria domiciliaria que se les ofrece desde los dispositivos de Atención Primaria no les resulta suficiente en muchas situaciones para hacer frente al conjunto de necesidades que se les presentan.

Ciertamente, las familias de los afectados se encuentran en la actualidad con una serie de dificultades objetivas que resulta difícil soslayar a la hora de acometer el complejo abanico de cuidados y atenciones que estos pacientes requieren. Dificultades que, en su mayor parte, están en relación con las transformaciones sociales acaecidas durante las últimas décadas en nuestras sociedades occidentales, y que origi-

nan grandes mutaciones en los estilos de vida, en el habitat, en el ámbito laboral o en la propia institución familiar.

Las necesidades de atención que precisan los pacientes crónicos físicos o psíquicos requieren principalmente de la disponibilidad de algún miembro de la familia que tenga tiempo libre de manera continuada para prestarle atención. Además, exige por parte de la persona encargada de su atención un alto grado de información y de adiestramiento para poder afrontar la complejidad que presentan dichas situaciones, información y adiestramiento que difícilmente se dan en la práctica. Asimismo, desde el punto de vista de los recursos materiales, es necesario disponer de una vivienda que tenga tanto el espacio como el equipamiento necesario y, por supuesto, poseer un nivel adquisitivo que posibilite, por una parte, la contratación de personal formado que realice funciones sustitutorias cuando la red familiar resulte insuficiente y, por la otra, solventar el incremento de gasto que estas situaciones conllevan.

Aunque no se trata de hacer un análisis pormenorizado, sabemos que pocas veces se dan las condiciones mencionadas en el párrafo anterior. Situaciones de desempleo, tamaño insuficiente de las viviendas, cambios estructurales en la familia que están provocando, por una parte, una reducción significativa de su tamaño y, por la otra, una difuminación de las estructuras de parentesco, son algunas de las variables que caracterizan al momento actual. Si a esto unimos el hecho de que la incorporación de la mujer al mercado de trabajo está dejando un vacío importante en su función tradicional de "cuidadora", estamos en disposición de comprender mejor por qué no podemos dejar sistemáticamente el cuidado de los pacientes crónicos en manos exclusivas de sus "cuidadores naturales: los familiares" y el por qué de su creciente demanda de ayuda a las instituciones sanitarias y sociales.

Ante esta realidad no podemos apelar únicamente a la necesidad de promover una mayor implicación de las familias en el cuidado de los enfermos crónico-dependientes, puesto que si las razones objetivas se mantienen, las familias poco podrán hacer si no se crean servicios sociosanitarios que les sirvan de apoyo o realicen funciones sustitutorias en determinadas situaciones.

Es una realidad constatable que las principales inversiones en salud están dirigidas a potenciar estrategias de prevención pri-

maria, secundaria y terciaria de cuyas acciones se desprenden resultados palpables en términos de promoción, prevención y curación. Sin negar la validez y el beneficio colectivo que, en términos de la salud pública, tiene priorizar este tipo de intervenciones, no por ello podemos relegar a aquéllos que, por la patología que padecen, no son susceptibles de superar sus dolencias y a quienes a causa de ellas y de las consecuencias que les acarrearán -pérdida de autonomía y competencia psicofísica, proximidad de la muerte, etc.-, acaban encontrándose solos, por no decir estigmatizados o segregados, como por ejemplo les sucede a personas afectadas de enfermedades mentales, SIDA, toxicomanías, etc.

Apostar por esta nueva modalidad de atención socio-sanitaria significa en el fondo, como decíamos, asumir e internalizar nuevos valores que tienen que ver fundamentalmente con la equidad; por cuanto, supone situar en el mismo plano de accesibilidad a los servicios a todos los pacientes independientemente de la condición de enfermedad que ostenten. Yendo más lejos, podríamos decir que la exigencia de creación de un espacio socio-sanitario es directamente proporcional a la incidencia conjunta de dos variables claves: *gravedad del pronóstico* y *sopORTE familiar*, ya que cuanto peor es el pronóstico y menor es el soporte familiar, más evidente es la necesidad de recibir una atención prioritaria. Pero la realidad se encarga de ponernos sobre el tapete que las cosas son bien distintas y que, al margen de consideraciones de valor, la insuficiente atención que se les está procurando a estos pacientes tiene el efecto perverso de volverse contra el propio sistema, en la medida en que el abandono de que son objeto por parte de ambos sistemas de protección, hace que se conviertan en hiperfrecuentadores de los servicios sanitarios de atención primaria, causen alargamiento de estancias en los hospitales de agudos y sean multidemandantes en los servicios sociales. Estas ineficiencias, además del deterioro que provocan en términos de salud, acaban generando un gasto innecesario para ambos sistemas.

Por último, en lo que se refiere a los Servicios Sociales existentes, hay que señalar que cuentan con una dotación presupuestaria claramente insuficiente para cubrir en solitario las necesidades de atención social que presentan estos pacientes. Y, aunque el Programa de Ayuda Domiciliaria está siendo actualmente de gran utilidad para los pacientes y familias afectados, resulta insuficiente para cubrir la totalidad de los cuida-

dos que se precisan, tanto por la complejidad de los mismos como por los límites existentes en cuanto al tiempo de apoyo ofertado (dos horas diarias). De las otras dos modalidades de atención social y sanitaria que ofrecen las residencias asistidas para ancianos y las residencias para personas adultas afectadas de minusvalías, hay que señalar que si bien las primeras dejan al margen a los adultos menores de 65 años y el proceso de acceso dura varios meses por término medio, de las segundas no disponemos de plazas en nuestra Comunidad Autónoma, motivo por el cual los afectados deben ingresar en plazas ubicadas fuera de la CAE y con más de un año de espera como mínimo.

Por todo lo expuesto, la creación de un servicio de atención socio-sanitario de esta índole vendrá a resultar uno de los campos más novedosos y amplios del sistema de bienestar. Su función esencial consistirá en estudiar, diagnosticar y tratar de forma continuada las situaciones-problema y/o dificultades de las personas y familias que se enfrentan a pérdidas severas de su salud y/o autonomía funcional física o psíquica (Colom, 1997). En nuestra Comunidad Autónoma cada vez son más las voces que reclaman la existencia de un sistema de atención que responda a las nuevas necesidades sanitarias y sociales y que actualmente no están contempladas de manera conjunta por los dos sistemas públicos de protección social: Sanidad y Servicios Sociales.

2. IMPLICACION SOCIO-SANITARIA DE LOS PODERES PUBLICOS: LOS PRIMEROS PASOS

En la CAE, hay que remontarse a 1993 para conocer cuándo se plantea por primera vez lo que a partir de esta fecha se conocerá con el nombre de «espacio socio-sanitario». En este año y debido a la creciente demanda de atención socio-sanitaria que se produce en el sector salud, se estableció una Comisión de Trabajo para que se ocupase de analizar la problemática existente con respecto a lo que se dio en llamar «Espacio Socio-Sanitario». Dicha Comisión estaba formada por responsables de la gestión y administración de servicios sanitarios y por profesionales pertenecientes al ámbito hospitalario y de salud mental conocedores directos de las necesidades y demandas de la población en este tema. La meta que se propusieron fue la de elaborar un documento diagnóstico de la situación actual y presentar unas conclusiones, a

modo de recomendaciones, a la Dirección General de Osakidetza y al Departamento de Sanidad, antes del final de la legislatura.

El documento denominado «Informe de la Comisión de análisis del denominado Espacio Socio-sanitario» elaboró éste después de celebrar diversas reuniones con los responsables de los Servicios Sociales de los tres Territorios Históricos y estudiar toda la información y documentación propia existente sobre este tema tanto en la CAE como en otras comunidades del Estado Español y extranjero. El citado documento fue terminado y presentado a nivel interno en el Departamento de Sanidad en Diciembre de 1994. Este documento ha sido la base sobre la cual se han llevado a cabo los desarrollos posteriores en esta materia.

2.1. Informe de la Comisión de Análisis del Espacio socio-sanitario (1994)

Entidades integrantes y Legislación

El informe comienza por presentar los entes y la legislación con implicaciones en el espacio socio-sanitario vasco. Considera entes implicados a:

- Osakidetza,
- Diputaciones Forales,
- Departamento de Sanidad,
- Departamento de Trabajo y Seguridad Social,
- EUEL (Asociación de Municipios Vascos,)

En cuanto a la legislación implicada menciona:

- Ley que crea el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza,
- Ley General de Sanidad,
- Ley de Territorios Históricos,
- Ley de Servicios Sociales,
- Ley de Integración de Minusválidos,

A continuación pasa a exponer diferentes cuestiones sobre el análisis de la situación que mencionamos a continuación.

Colectivos afectados

Se señalan en primer lugar los colectivos afectados que requieren prioritariamente una acción conjunta y coordinada por parte de los servicios sociales y sanitarios y que presentan las dificultades a las que aludíamos en la primera parte de este trabajo.

- Ancianos, particularmente los afectados por enfermedades invalidantes, haciendo especial énfasis en los que sufren demencias o situaciones de dependencia que requieren una atención socio-sanitaria.
- Personas adultas con enfermedades crónicas somáticas y psiquiátricas con notables niveles de dependencia funcional.
- Enfermos terminales, fundamentalmente enfermos de cáncer y SIDA.
- Personas afectadas por discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales.
- Toxicómanos y alcohólicos en fase de tratamiento y reinserción social

De todos ellos, sin duda, el colectivo de ancianos es el que presenta cuantitativa y cualitativamente mayores necesidades, por lo que deberán constituir el núcleo de acción prioritaria.

Financiación

En el documento se explica cómo la asistencia sanitaria y la asistencia social están, desde el punto de vista administrativo, claramente diferenciadas, haciendo especial hincapié en mostrar la necesidad de actuaciones conjuntas.

Una de las cuestiones clave que este marco jurídico destaca, tal y como señala Aguirre Elustondo², es que tanto la Ley General de Sanidad como la Legislación Sanitaria de Euskadi establecen la universalidad y gratuidad de la prestación de la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos, en el sentido de que no existe pago vinculado directamente a un acto terapéutico, salvo en farmacia. Las prestaciones sanitarias están plenamente asumidas e incorporadas a la conciencia social como derivadas de un derecho ciudadano, cosa que no ocurre en la atención social. De hecho, la Ley de Servicios Sociales contempla la participación de los ciudadanos en la financiación de los servicios sociales que se prestan; por el contrario, ésta es gratuita en el sistema sanitario para el usuario que solicita un servicio. Esta doble naturaleza en la filosofía de financiación de los servicios queda reflejada en el siguiente ejemplo: si un anciano con demencia ingresa en un hospital psiquiátrico no deberá pagar cantidad alguna por ello. Pero si el mismo anciano ingresa

² Aguirre Elustondo, J., «Conexión de la Asistencia Social y Sanitaria. Análisis Estratégico I...opus cit. Pág. 5-6.

en una residencia asistida de Bienestar Social, deberá pagar ciertas tasas.

Diferente tratamiento institucional por tanto ante una misma realidad dependiendo de cuál haya sido el canal elegido para insertarse en la red socio-sanitaria. En este sentido, los expertos consideraron que la gratuidad indiscriminada de los servicios es algo injusto, reforzador de desigualdades.

En el informe se reconoce asimismo que no existen prácticamente proyectos organizados de cofinanciación o gestión compartida en el que confluyan coordinadamente fondos procedentes de ambos sistemas; y, además, desde el punto de vista de la política de financiación a seguir, el análisis de la citada comisión deja clara la postura del sistema sanitario al señalar que no parece lógico que sea éste quien tenga que financiar en solitario los gastos que se derivan de la prestación de servicios de esta índole, máxime cuando la nueva Ley de Ordenación Sanitaria en junio de 1997 explícita la dimensión real que se atribuye a los Servicios de Salud.

3. MARCO LEGAL: IMPLICACIONES SOCIO-SANITARIAS DE LA LEGISLACION VIGENTE

En este apartado trataremos de mostrar los puntos clave que a nivel legislativo pueden estar determinando las posibilidades reales de desarrollo del espacio socio-sanitario. Examinaremos en primer lugar, la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi publicada en 1997, donde se da cuenta de la nueva filosofía del sector sanitario. A continuación, analizaremos la Ley de Servicios Sociales de 1996 entresacando únicamente aquellos aspectos que tengan mayor vinculación con la temática que nos ocupa, procediendo a comentar las similitudes y diferencias que contienen ambos textos legales.

3.1. Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi (Ley 8/1997)

La Ley de Ordenación Sanitaria tiene su base en el Plan de Salud/Osasuna Zainduz que fue mayoritariamente aprobado por el Parlamento Vasco el 23 de Junio de 1993. El Plan de Salud es fruto de un proceso de reflexión y debate sobre la gestión pública vasca propiciado por el propio sector sanitario, preocupado ante los retos emergentes que están cuestionando los modelos contemporáneos de la política sanitaria.

La Ley parte de la reiteración del derecho de los ciudadanos a la salud, recogido en la Constitución Española en 1978 y reafirma la responsabilidad y compromiso de los poderes públicos, en concreto del sistema sanitario, en el ejercicio de este derecho. A continuación, se pronuncia sobre los principios inspiradores que conforman el modelo sanitario: universalidad, equidad, calidad y participación ciudadana, terminando por aludir a la necesidad de que estos principios vayan unidos a:

la imprescindible eficacia y eficiencia, así como a la racionalidad de las prestaciones a que nos conduce la administración de los recursos públicos disponibles (Ley 8/1997: 12530).

Si bien los principios defendidos se corresponden con lo que cabe esperar de un Estado de Bienestar -salud para todos en igualdad de condiciones, sin discriminaciones por ningún tipo de razón y de máxima calidad-, la mención a la eficiencia y a los recursos disponibles dan cuenta de un matiz que cabe interpretarse como manifestación de una idea de contención del gasto ante el crecimiento progresivo de la demanda.

En este sentido, la ley presenta en su *Exposición de Motivos* las razones que han obligado a este sector a plantearse un cambio organizativo, y hace referencia especialmente a la cuestión de los costes crecientes y a las dificultades del sistema para poder afrontarlos. Así, en la exposición de motivos de la citada Ley se recoge textualmente lo siguiente:

...Destaca la presencia generalizada de escenarios de costes crecientes debido principalmente a la presión que ejercen sobre la demanda de servicios sanitarios factores como nuestra evolución demográfica con el envejecimiento de la población, la incorporación de nuevas tecnologías cada vez más sofisticadas o el propio cambio cultural que experimenta la ciudadanía sobre la percepción de las prestaciones sanitarias y condiciones de calidad exigibles al amparo de su derecho. Estas circunstancias propician un inevitable aumento de la demanda e incluso provocan en algunos colectivos la errónea creencia de que la oferta es ilimitada (8/1997:12530).

En este párrafo podemos apreciar claramente que la principal razón del cambio organizativo que se pretende es la contención del gasto del sector. Complementariamente, se introduce un matiz interesante, digno de ser reseñado, como es el que los ciudadanos son cada vez más exigentes en

sus demandas y tienen una creencia errónea en relación a lo que el sistema debe proporcionar. Todo el documento está impregnado de una filosofía que pretende, por una parte, racionalizar más eficientemente el nivel de gastos actual, y por la otra, hacer al ciudadano más responsable y consciente de sus derechos y obligaciones, implicándole directa o indirectamente en la prestación de servicios. En este sentido, la Ley continúa con la delimitación de la dimensión real que corresponde a la salud e identifica la actuación propia de sanidad como:

El ámbito reducido técnicamente a las tradicionales modalidades de la asistencia médico-sanitaria: promoción, prevención, curación y rehabilitación (Ibidem: 12530).

Esta afirmación corrobora el interés de la sanidad por clarificar con exactitud sus competencias, de manera que no puedan existir equívocos con respecto a cuál va a ser el tipo de prestaciones que cabe esperar de ella. Por ello, continúa de esta manera:

También ello debe interpretarse como reafirmación de la tesis de que cualquier problema de salud no requiere una respuesta sanitaria, pues la evolución de los tiempos y la demanda que impera en las sociedades desarrolladas como la nuestra, exigen que la salud sea un compromiso de todos los ciudadanos y poderes públicos, y que, a todos compete ubicarla en el lugar preponderante que, por su naturaleza, le corresponde; algo que comienza con la propia responsabilidad e interés individual de cada persona. (Ibidem: 12531)

Desde nuestro punto de vista, una exposición como la que antecede puede interpretarse sin dificultad como la manifestación explícita de una política sanitaria que pretende limitar la intervención del Estado, en el sentido de que debe transferir ciertas responsabilidades a estructuras intermedias como la familia, el vecindario y otras organizaciones comunitarias, en un intento de socializar responsabilidades a otras instancias provocado por la falta de capacidad para asumirlas. No es, ni más ni menos, que el cuestionamiento de lo que se ha dado en llamar Estado de Bienestar y de cuya crisis se viene hablando ya hace años. Sin entrar en valoraciones políticas, cuestión que excede el objetivo de este trabajo, sí es pertinente señalar que este planteamiento está siendo defendido cada vez con mayor intensidad en algunos foros.

La expresión de este modelo político en lo que hace referencia al sector sanitario la

tenemos tanto en el Plan de Salud/Osasuna Zainduz' como en la Ley de Ordenación Sanitaria. Tomar conciencia de este hecho nos ayudará a comprender el por qué de las acciones que se están llevando a cabo y el por qué de muchas omisiones.

En los artículos 2 y 3 del Título 1 de la citada Ley, que hacen referencia al Objeto de la Ley y su marco institucional competencial, se exponen otras dos cuestiones que son determinantes para la comprensión del modelo sanitario por el que se apuesta. Así, el art. 2 señala que corresponderá a todos los poderes públicos vascos preservar la salud y:

propiciar el diseño de acciones positivas multidisciplinares que complementen a las estrictamente sanitarias (...) Se establecerán los cauces necesarios de cooperación con las administraciones públicas competentes en materia de servicios sociales al objeto de garantizar la continuidad de la atención a los problemas o situaciones sociales que concurran en los procesos de enfermedad o pérdida de salud.

El texto pone de relieve que los problemas o situaciones sociales que surjan con ocasión de la pérdida de salud no son aspectos «estrictamente sanitarios» y que, por lo tanto, podrían no ser competencia suya sino de las administraciones públicas con competencias en servicios sociales. En este contexto es en el que hay que entender el por qué de su voluntad de cooperación con Servicios Sociales. Se trataría, desde su punto de vista, de que cada sistema público asuma la parcela que *estrictamente* le corresponde y que los servicios sociales garanticen la continuidad de la atención de las consecuencias sociales provocadas por la enfermedad, una vez que el servicio de salud considere terminada su intervención en régimen de ingreso y continúe su intervención domiciliariamente.

Este modelo quiere romper con la «tradicional» asunción de cuidados a pacientes crónicos que se prestaban en la red sanitaria. Fruto de esta antigua concepción de la sanidad eran los hospitales de crónicos donde, desde un punto de vista puramente médico, nada se podía hacer por «curar», se trataba únicamente de «cuidar». Actualmente, cuidar a los enfermos al margen de la situación de salud que tengan y del deterioro físico o psíquico que presenten, se considera responsabilidad de las familias, lo que, siendo absolutamente lógico y aceptable, no siempre puede darse. Suele ser habitual que pacientes con situaciones crónicas muy severas de salud y que requieren

de cuidados complejos, no cuentan con un soporte familiar suficiente, por lo que se ven obligados a demandar ayuda institucional y a reclamar un centro sanitario para enfermos crónicos donde puedan ser atendidos. Es también el momento en que la sanidad recuerda que esta modalidad asistencial ya no existe, que antaño las cosas eran diferentes, pero que, actualmente, cada uno debe hallar sus propias y personales soluciones. Esto da como resultado una presión sobre el sistema de los servicios sociales por este tipo de pacientes que se dirigen a ellos, a fin de conseguir los apoyos necesarios para hacer frente a las consecuencias sociales derivadas de su patología crónica.

3.2. La Ley de Servicios Sociales de 1996

Antes de continuar avanzando con los planteamientos actuales de lo que hemos denominado espacio socio-sanitario, es preciso hacer, como decíamos al inicio de este apartado, un breve análisis de la norma que constituye el pilar básico que articula el derecho de la ciudadanía a los servicios sociales. Esta norma sitúa las bases sobre las que desarrollar diferentes prestaciones o recursos sociales, aspecto fundamental a la hora de dilucidar cuáles de éstos son los que pueden estar más vinculados con las necesidades de salud.

Las leyes autonómicas sobre servicios sociales tienen por objeto implementar en sus respectivas comunidades un sistema público que ponga a disposición de las personas y grupos en que éstas se integran recursos, acciones y prestaciones para el logro de su pleno desarrollo, así como la prevención, tratamiento y eliminación de las causas que puedan conducir a su marginación.

La nueva Ley de Servicios Sociales del País Vasco de 1996, al igual que la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, alude también en su exposición de motivos a las razones que han llevado a la necesidad de reformar el anterior texto legal en esta materia, en este caso, la Ley de Servicios Sociales de 1982. Entre las razones aducidas y que han llevado inevitablemente a la reforma del texto legal destacan, por su importancia, tres problemáticas, al par de los cambios sociales acaecidos durante los últimos años. Son las siguientes: el paro, al que cita como principal causa de desprotección social; el envejecimiento progresivo de la población y la incorporación de la mujer al mercado laboral. Hace tiempo que estos

tres fenómenos estaban exigiendo el desarrollo de servicios o prestaciones específicas que palien, en la medida de lo posible, las graves situaciones de necesidad social que de ellos se desprenden.

Un aspecto novedoso recogido en la Ley es el que hace referencia al crecimiento del tejido asociativo que se manifiesta en el surgimiento de múltiples organizaciones de voluntariado que trabajan en el campo de lo social, cuestión que es preciso regular. Complementariamente, se hace mención a la Ley de Territorios Históricos de 1983 que regula las competencias de las diversas instituciones vascas, atribuyendo a los Organos Forales en materia de Asistencia Social el desarrollo comunitario, política infantil, tercera edad, condición femenina, ocio y esparcimiento. Por último, la Ley de Servicios Sociales hace referencia a la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local de 1985 que introduce la responsabilidad de los municipios en la prestación de servicios sociales, de promoción y reinserción social.

El objeto de la nueva Ley de Servicios Sociales se expresa como sigue:

no es ya por tanto garantizar una serie de prestaciones, tal y como señalaba la ley 6/1982, sino ordenar, estructurar, promover y garantizar mediante un sistema de responsabilidad pública un derecho, el derecho de la ciudadanía a los servicios sociales (Ley 5/1996: 17580).

Esta ley, además de reconocer el derecho a los servicios sociales, pretende una ordenación del sistema de protección específica en materia de servicios sociales. Pero, a diferencia de la Ley de Ordenación Sanitaria manifiesta su aspiración de:

mantener y profundizar las cotas alcanzadas en el llamado Estado de Bienestar, con una apuesta firme en la defensa de los pilares del mismo y de la responsabilidad pública en la cobertura de las graves carencias que, aún hoy, afectan a importantes sectores de la población (...) Garantizar la atención y cobertura de las necesidades más graves, aplicando criterios de discriminación positiva con respecto a los más desfavorecidos y desplazados de la sociedad (Ley 5/1996:17580).

Llama la atención que no sólo no se mencione en ningún momento la necesidad de limitar el gasto en esta materia, sino que además exista una voluntad firme de incrementar la acción estatal sobre todo con los colectivos más desfavorecidos. Cabe suponer que cuanto más se recorta el Estado de Bienestar, procurando la devolución a los ciudadanos de muchas de las responsabili-

dades de protección que en su día se asumieron, crezcan las situaciones de necesidad social y que éstas vayan a parar precisamente a los servicios sociales.

Podríamos plantear la siguiente secuencia explicativa en torno a este asunto. Partimos de que nos encontramos en una sociedad generadora de desigualdades, que han obligado a una intervención estatal cada vez mayor cuya expresión política ha sido el Estado de Bienestar. Este, al verse con una fuerte sobrecarga de demandas y no pudiendo hacer frente a las expectativas ciudadanas, se ve en la necesidad de recortar su nivel de protección social en diferentes ámbitos, situando nuevamente al ciudadano ante sus responsabilidades. Pero no todos los ciudadanos tienen la capacidad, la posibilidad, o las oportunidades para poder hacer frente a las situaciones de necesidad social que se les presentan en la vida. Son precisamente éstos quienes van a recurrir y recurren a los servicios sociales en demanda de ayuda. Siguiendo este razonamiento, es de esperar que cuanto mayores sean los recortes del Estado de Bienestar en todos los ámbitos, mayor sea el número de ciudadanos-clientes de los servicios sociales, porque mayores y más profundas serán las desigualdades sociales.

Hechos que justifican este razonamiento los encontramos a diario en la realidad social. Por ejemplo, en las cuestiones mencionadas al inicio del presente trabajo, cuando veíamos que la problemática planteada por aquellas personas con enfermedades crónicas e invalidantes que no podían acudir a los servicios de salud por no necesitar prestaciones estrictamente médicas acababan derivándose a los Servicios Sociales.

Al final, son las situaciones de desprotección que se están generando en los diversos ámbitos -salud, trabajo, vivienda, etc.-, como consecuencia de los graves problemas estructurales socioeconómicos, las que están obligando a un crecimiento y profundización cada vez mayor de los servicios sociales. Se comprende la necesidad de un nuevo ordenamiento con el deseo de sostener el Estado de Bienestar y de aprovechar el incremento del tejido asociativo ciudadano como algo valioso que sirva de soporte y apoyo para el logro de objetivos sociales.

Retomando nuevamente el texto de la Ley de Servicios Sociales, interesa, para finalizar, hacer referencia a dos cuestiones más que resultan útiles para la comprensión

del tema que estamos analizando. Una de ellas es la relativa a los principios generales por los que habrá de regirse la Ley de Servicios Sociales: solidaridad, igualdad, universalidad, prevención, integración, normatización, participación ciudadana, planificación, coordinación, cooperación y descentralización. Cabe resaltar que son principios similares a los que establece el texto sanitario, si bien merece la pena señalar que no alude a criterios de eficiencia y racionalización del gasto.

Por último, señalamos que en su artículo 2 del Título I se refiere expresamente a la coordinación con el sistema sanitario diciendo textualmente lo siguiente:

El sistema de servicios sociales actuará especialmente coordinado con los servicios sanitarios en aras a procurar la delimitación y desarrollo del espacio socio-sanitario (Ley 5/1996:17482).

Si bien este párrafo manifiesta su voluntad de acción conjunta, no quedan claras cuáles son las responsabilidades específicas. Deja, no obstante, las puertas abiertas a su desarrollo posterior. Puede suponerse que éste irá dirigido a la concreción del modo y manera en que prestaciones sociales básicas como la ayuda a domicilio, alternativas de convivencia como la residencialización de enfermos crónicos y/o programas de reinserción social, deberán desarrollarse, ampliarse y financiarse específicamente para responder a aquellas situaciones de necesidad social que sobrevienen cuando se pierde la salud.

4. CONTINUANDO CON EL DESARROLLO DEL ESPACIO SOCIO-SANITARIO

Tras este paréntesis, en el que hemos hecho un recorrido sucinto del marco legal para una mejor comprensión del problema objeto de nuestro interés, estamos en mejores condiciones de retomar la reflexión iniciada sobre el espacio socio-sanitario.

Tras el informe de la Comisión de Análisis para el Espacio Socio-sanitario y revisados por los expertos los textos pertinentes, se plantearon los primeros pasos para el desarrollo de esta realidad. En las primeras reuniones celebradas entre representantes de ambos sistemas surgió un debate sobre dónde terminan las competencias de salud y comienzan las de servicios sociales, cuándo un problema sanitario se transforma en social, y, consecuentemente, dónde establecer la línea divisoria entre ambas realida-

des. Difícil cuestión, que plantea nada más y nada menos que la delimitación de parcelas de un todo indiviso que es el Individuo, con una sola realidad, la bio-psico-social, que se ve amenazada por un problema de competencias.

El debate sobre este tema ha sido largo. Se inició en primera instancia, tal como decíamos al comienzo de este trabajo, a requerimiento del sistema sanitario, que se veía desbordado ante un cada vez más elevado número de usuarios ancianos con patologías invalidantes, de enfermos psiquiátricos crónicos, de pacientes infectados por VIH con grave deterioro de su estado de salud, etc., que demandaban atención continua tanto en Atención Primaria como en la Red Hospitalaria, siendo difícil darles de alta en ésta por las razones que exponíamos al principio.

Ante esta situación, el sistema sanitario reclamaba la asunción y garantía de la continuidad de cuidados a los servicios sociales argumentando que dichas atenciones sobrepasaban sus competencias. Los servicios sociales, por el contrario entendían que si existía un grave problema de salud tampoco era estrictamente suya la responsabilidad.

Después de un tiempo, ambas administraciones públicas vascas, la sanitaria y la social, han terminado por comprender que si bien cada sector tiene sus competencias y responsabilidades, es preciso buscar un espacio común que dé respuesta a las situaciones donde concurren necesidades de los dos tipos, más que continuar una discusión estéril sobre los límites y competencias que, como veíamos, son cuasi imposibles de establecer. *A dicho espacio común nos referimos cuando hablamos de espacio socio-sanitario*³.

Con esta finalidad se crearon Comisiones Mixtas en el Territorio Histórico de Guipúzcoa y en el de Vizcaya, donde la situación era más acuciante. Cada Comisión estaba integrada por profesionales y responsables políticos tanto de salud como de servicios sociales, en concreto de los Organos Forales competentes en los servicios sociales especializados.

³ En este mismo sentido se expresa Aguirre Elustondo, José Antonio cuando afirma: «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 entre ambos sectores en el que la intervención de un^o solo de ellos resulta insuficiente...» en Aguirre Elustondo, José Antonio, «El Espacio Socio-sanitario... opus cit. Pág 43.

El objetivo fundamental era llegar a elaborar Acuerdos-Marco de cooperación política entre ambos sistemas que permitieran la búsqueda de alternativas asistenciales reales para este tipo de situaciones y/o colectivos implicados a través de la realización de proyectos o programas de atención socio-sanitaria específicos con responsabilidades compartidas.

Dichas comisiones se basaron en el informe previo que había elaborado la Comisión de Análisis del Espacio Socio-sanitario al que se ha aludido al comienzo de este trabajo y en la delimitación competencial que en ambas materias venía establecida por la legislación vigente. Se trataba de encontrar un marco nuevo que permitiera responder conjuntamente a esta demanda, teniendo en cuenta que en ninguna de las leyes implicadas estaban previstos mecanismos de coordinación que permitiesen articular ambos sistemas.

El resultado del trabajo fue la firma de dos acuerdos-marco, uno en Guipúzcoa, firmado en 1996 y otro en Vizcaya, firmado en 1998. En ambos se reconoce que tanto el sistema sanitario como el de servicios sociales tienen competencias y responsabilidades en esta materia y que los acuerdos-marco pretenden una sinergia de gestión en beneficio de los usuarios y de la optimización de los recursos públicos destinados a tal fin, buscando con ello:

- a) Garantizar la prestación de todos los servicios tanto sanitarios como sociales que necesiten los colectivos afectados por problemas sociosanitarios.
- b) Articular adecuadamente los servicios domiciliarios y el régimen de internamiento de naturaleza social y sanitaria para garantizar la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles y redes existentes, ordenando la oferta de recursos y el flujo de pacientes, promoviendo programas de iniciativa común y corresponsabilidad asistencial y económica.
- c) Agilizar la tramitación administrativa para facilitar el acceso fluido de un sistema a otro para responder al ciudadano.
- d) Delimitar con claridad las competencias y responsabilidades técnicas y económicas de cada uno de los sistemas sanitario y social, en los problemas de carácter socio-sanitario que intervengan ambos.

- e) Desarrollar e impulsar de forma coordinada los diferentes aspectos de la valoración y orientación de usuarios de ambas redes necesitados de atención socio-sanitaria.
- f) Fomentar políticas de promoción y educación para la salud, así como aquellos aspectos preventivos y de reinserción comunitarios en el ámbito socio-sanitario.
- g) Consensuar, cuando así proceda y de acuerdo con los recursos disponibles, la implantación de nuevos servicios o prestaciones.
- h) Regular un sistema homogéneo de información al ciudadano que posibilite una eficaz utilización de los recursos.
- i) Evitar la ineficiencia, eliminando duplicidades, consensuando acciones, planificando intervenciones técnicas e inversiones, y optimizando los recursos para cubrir las necesidades e insuficiencias.
- j) Impulsar la coordinación estable de los dos sistemas y de políticas de acción conjunta (valoraciones, baremos, etc.).
- k) Fomentar y promover programas de actuación conjunta referidos al espacio socio-sanitario, teniendo en cuenta la evolución de la sociedad y las necesidades de la misma, adaptando estos programas a la situación económica de las partes firmantes y de acuerdo a sus competencias respectivas.
- l) Especificar y concretar la actuación de cada una de las partes firmantes en los diferentes convenios que se suscriban en desarrollo del presente acuerdo marco; siempre, todo ello, dentro del ámbito de sus competencias y estableciendo las responsabilidades técnicas y económicas en cada uno de los sistemas, sanitario y social (Acuerdo-Gipuzkoa, 1996).

Como conclusión, podemos señalar que ambos acuerdos marco tienen la pretensión de ser instrumentos operativos del compromiso de coordinación y colaboración en la resolución de problemas de naturaleza socio-sanitaria, a los que seguirán convenios específicos y particulares que recogerán los objetivos a conseguir, los recursos necesarios para ello y los órganos responsables de su aplicación en los diferentes sectores o temas en los que se establezcan programas de acción conjunta.

Parece que la voluntad de afrontar este reto está presente en ambos sistemas de protección. Sin embargo, tanto la complejidad de las situaciones objeto de intervención como las derivadas de la limitación presupuestaria, hacen que el desarrollo de programas socio-sanitarios sea lento.

5. A MODO DE CONCLUSION: UNA PROPUESTA DE SERVICIOS DE ATENCION SOCIO-SANITARIA

No podemos concluir este artículo sin esbozar una propuesta que pueda servir de referente teórico-práctico para la implantación de los servicios que se requieren a fin de llenar el espacio socio-sanitario al que continuamente nos referimos en este trabajo y que se sitúa a caballo entre los dos sistemas de protección. Dicha propuesta surge del conocimiento práctico y directo de la realidad, así como del intercambio con otros profesionales del mismo ámbito con quienes desde hace años venimos trabajando.

Si, ciertamente, los esfuerzos realizados por políticos y técnicos a la hora de definir y delimitar el espacio socio-sanitario constituyen el primer paso para la construcción conjunta de una propuesta de atención que venga a resolver el vacío asistencial existente para los colectivos afectados, no es menos cierto que si seguidamente no se crean o desarrollan las estructuras y procesos de atención socio-sanitaria ad hoc, todo pudiera quedar en papel mojado y, en definitiva, en la expresión de un deseo.

Por esta razón, es menester irnos haciendo a la idea de que el siguiente paso es, sin duda, apostar por incorporar a nuestro acervo conceptual una nueva modalidad asistencial, la socio-sanitaria, entendiéndola como algo diferente al sumatorio de la tradicional asistencia médica y social, actualmente prestadas de manera independiente aunque, en el mejor de los casos, se lleven a cabo complementariamente.

La asunción de esta nueva modalidad supone modificar nuestras creencias con respecto a la prestación de servicios a través de la incorporación de nuevos valores. Implica un salto cualitativo importante en cuanto a que pretende poner en un plano de igualdad asistencial a aquellos colectivos más desfavorecidos que, por mor de su estatus de enfermos crónicos, atrevámonos a decirlo, «incurables», son discriminados en cierta medida desde los servicios sanitarios por cuanto que sus dolencias no tienen, desgraciadamente, respuestas exitosas por parte del sistema sanitario. Por este motivo,

es necesario hacer realidad la máxima de: «*si no podemos curar, sí podemos cuidar*».

Tras estas consideraciones pensamos que las modalidades de atención socio-sanitaria a crear tendrían como objetivo garantizar los cuidados continuos de los pacientes entre los distintos servicios y niveles asistenciales para responder a las necesidades de salud planteadas por los colectivos afectados. Esto exige la dotación de servicios ad hoc y la creación de nuevos dispositivos de gestión y coordinación para que, entre ambos sistemas, exista un flujo ininterrumpido de atenciones para que los pacientes puedan estar atendidos en la modalidad asistencial más idónea.

La propuesta de atención que presentamos descansa sobre tres pilares básicos. El primero hace referencia a la misión o finalidad de la atención que se pretende prestar bajo la denominación «atención socio-sanitaria»; el segundo, contempla las modalidades asistenciales o estructura necesaria para que dicha atención pueda llevarse a término; y el tercero tiene que ver con el diseño de estrategias y procesos de trabajo intra e interinstitucionales necesarios para el cumplimiento de la misión.

La finalidad de la atención socio-sanitaria puede definirse, tal y como señala D. Colom, como:

el estudio, diagnóstico, tratamiento y atención continuada de los problemas y dificultades de las personas o sus familias cuando tienen que enfrentarse a pérdidas importantes de salud y/o autonomía (...) situándose especialmente entre el hospital de agudos y la atención primaria (...) y cuya finalidad consiste esencialmente en recuperar la calidad de vida del individuo y su familia y no sólo el tratamiento de la dolencia, debiendo por tanto disponer de un período más largo de tiempo para llevar a cabo su función que el que se utiliza en las tradicionales modalidades de la asistencia sanitaria. (Colom, 1997:19).

Atendiendo por tanto a la finalidad de la atención, y al tipo de variables intervinientes, presentaremos a continuación, a modo de diagrama típico—ideal, la trayectoria que sigue el paciente a partir del momento en que se produce la demanda de atención, es decir, cuando el enfermo ha sido diagnosticado de una enfermedad crónica discapacitante que va a requerir cuidados y atenciones sanitarias y sociales.

Si, ciertamente, el estatus de enfermedad crónica discapacitante es la causa principal por la que un paciente va a necesitar una atención socio-sanitaria de mayor o

menor complejidad dependiendo de la patología específica que presente, es la existencia y/o suficiencia de apoyo sociofamiliar la que va a desencadenar la solicitud de ayuda para la atención social del paciente. La atención continua a un enfermo crónico exige la disponibilidad de un soporte emocional e instrumental suficiente que lleve a cabo la función de apoyo que dicha situación requiere. Pero esto no es siempre posible, motivo por el cual, los pacientes cuya red social es más débil son los más tributarios a ingresar en programas de atención socio-sanitaria.

Retomando el itinerario del paciente, tal y como aparece en el gráfico anterior, vemos por último que los servicios que éste va a necesitar estarán condicionados por el pronóstico de su dolencia.

El pronóstico nos informa tanto de la gravedad de la enfermedad como de su posible evolución en el tiempo, de modo que constituye un buen indicador para discriminar la tipología de los servicios requeridos.

Así, el modelo que presentamos es el resultante de la combinación de las variables expuestas, que reflejan los elementos estructurales básicos sobre los que se sustenta la prestación de los servicios.

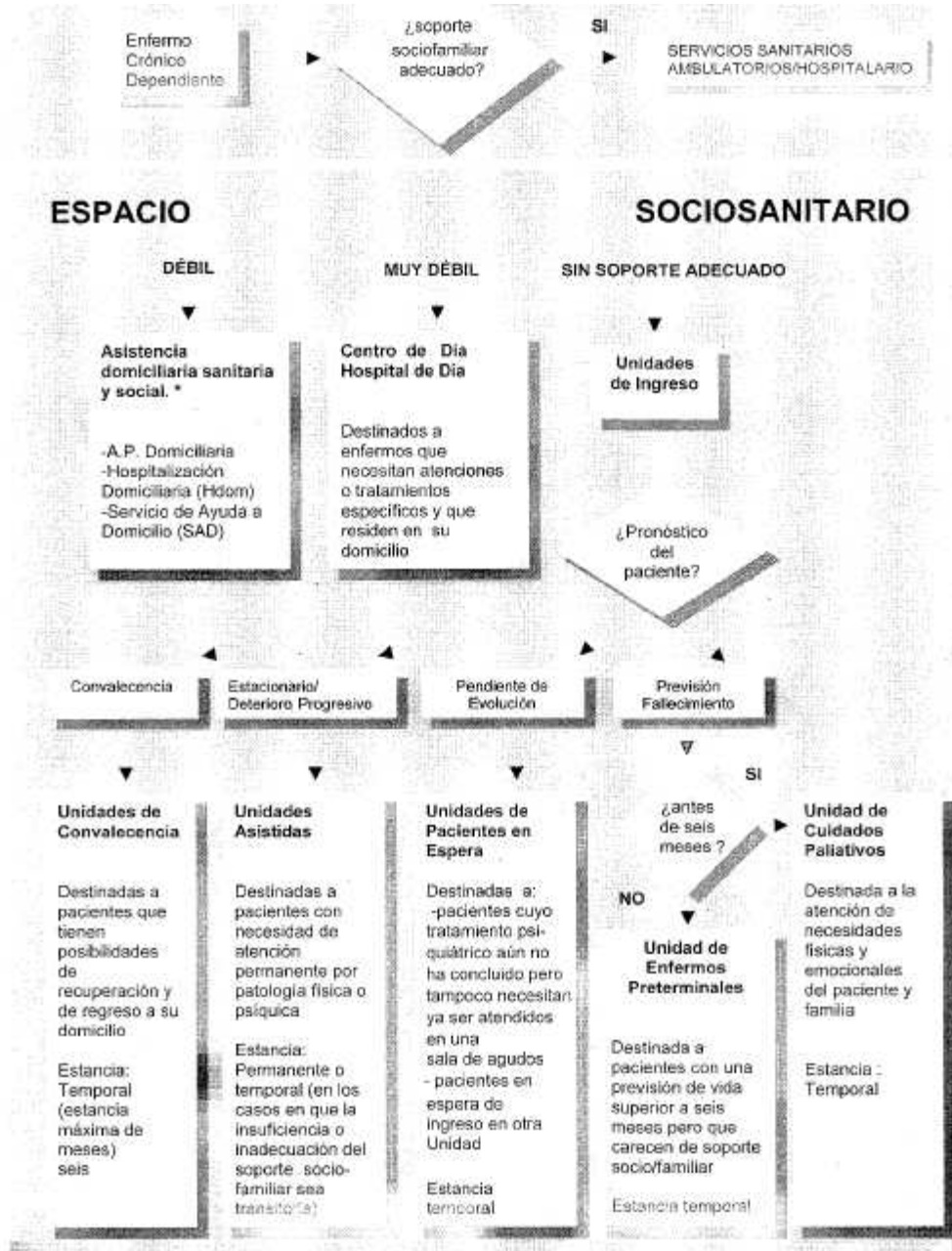
Todo esto nos lleva a afirmar que, operativamente hablando, la definición del espacio socio-sanitario no es ni más ni menos que el intento de buscar la respuesta institucional más adecuada, sobre la base de dos criterios básicos: la existencia o no de un soporte familiar adecuado y la gravedad del pronóstico. Tal y como se puede apreciar en el Diagrama 1, la convergencia de ambas variables es la que desencadena diferentes respuestas institucionales en un proceso de creciente especialización funcional.

Somos conscientes de que el modelo propuesto no agota todas las modalidades de asistencia. Cada una de ellas permite la concreción posterior en sub-unidades a partir de la estimación de otras variables, como el tipo de patología física o psíquica, el lugar de residencia de los pacientes y otras, a fin de disponer de una sectorización racional de los servicios.

Conviene tener en cuenta además, que el esquema presentado, para que pueda ser viable, presume la existencia de un flujo ininterrumpido de pacientes entre los diversos servicios, lo cual nos lleva a valorar la tercera cuestión que planteábamos: la creación de procesos de trabajo interinstitucionales que agilicen la coordinación entre servicios, que proporcionen canales de acceso

DIAGRAMA 1. ESQUEMA TIPICO IDEAL DEL ESPACIO SOCIO-SANITARIO

SISTEMA SANITARIO



a los mismos, que determinen quiénes deben ser los profesionales responsables de dichos procesos y de la valoración de la situación del paciente. En definitiva, el sistema de gestión interservicios. En este sentido, sería muy útil transferir a los servicios sociales de salud aquellas competencias que permitan la solicitud y tramitación directa del ingreso de los pacientes en las Unidades o Modalidades asistenciales propuestas, utilizando baremos objetivos comunes

a fin de evitar las duplicidades y los retrasos que se producen en la actualidad

Por último, aunque no es nuestro interés abrir un debate a tal efecto sobre este problema, no cabe duda de que el modelo anteriormente propuesto descansa sobre una premisa, la necesidad de concretar los entes institucionales que asuman la titularidad y responsabilidad de llevar adelante este proyecto, tanto desde el punto de vista

de su puesta en marcha como de su gestión posterior. Esto plantea un debate teórico y práctico en relación al carácter público-privado recogido al principio de este artículo, a la hora de encontrar las fórmulas más adecuadas en términos de eficiencia para la provisión de este tipo de servicios.

6. A MODO DE CONCLUSION

El desarrollo de nuevas modalidades de atención socio-sanitaria constituye un reto actual para la Salud Pública. La creación de una atención de esta índole vendrá a resultar uno de los campos más novedosos y amplios del Sistema de Bienestar de nuestra Comunidad Autónoma. Todas aquellas estrategias e intervenciones socio-sanitarias orientadas hacia la prevención terciaria tendrán que ser tenidas en gran consideración en las circunstancias actuales, tanto por la gravedad de los procesos de enfermedad a las que van dirigidas, como por el volumen de ciudadanos a los que afectan.

Consideramos que el desarrollo del espacio socio-sanitario en nuestra Comunidad Autónoma vendrá a llenar un vacío insoslayable para la mejora de la salud de la población, mejora que afectará no sólo a los enfermos sino a quienes tienen día a día encomendado su cuidado. Cabe esperar que en un futuro no muy lejano este espacio aún virtual llegue a ser real. Las obras ya han comenzado.

EMMA SOBREPONTE
JON LEONARDO
UNIVERSIDAD DE DEUSTO

BIBLIOGRAFÍA

- ACUERDO-MARCO para la colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con Osakidetza-Servicio Vasco de salud y Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, para la cobertura de necesidades socio-sanitarias en el territorio histórico de Gipuzkoa. Donostia, 20 de mayo de 1996.
- ACUERDO MARCO para la colaboración en el espacio Socio-Sanitario. Osakidetza y Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao, 9 de julio de 1998.
- AGUIRRE ELUSTONDO, JOSÉ ANTONIO, «Conexión de la Asistencia Social y Sanitaria. Análisis Estratégico I» en *Zerbitzuan*.
- Revista de Servicios Sociales, N° 23, Septiembre, 1993:4/13.
- AGUIRRE ELUSTONDO, JOSÉ ANTONIO, «Conexión de la Asistencia Social y Sanitaria. Análisis Estratégico II» en *Zerbitzuan*. Revista de Servicios Sociales, N° 24, 1993.
- AGUIRRE ELUSTONDO, JOSÉ ANTONIO, «El ■ Espacio Socio-sanitario. Propuesta de Acción a Corto Plazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco» en *Zerbitzuan*. Revista de Servicios Sociales, N° 26, 1994:38/48.
- COLOM, DOLORS, La atención socio-sanitaria del futuro. Ed. Mira, Zaragoza, 1997.
- COLOM, D. Y MIRANDA, M., Organizaciones de Bienestar, Ed. Mira, Zaragoza, 1998.
- Constitución Española. Art. 43. 1978.
- DONATI, PIER PAOLO, Manual de sociología de la salud, Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1984.
- HABERMAS, JÜRGEN, Problemas de Legitimación del Capitalismo Tardío, Amorrortu, Buenos Aires, 1975.
- Informe de la Comisión de Análisis del Denominado Espacio Socio-Sanitario. Eusko Jaurlaritzza. Diciembre de 1994.
- Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria. Informes, Ponencias y Comunicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1989.
- Ley 10/ 1983, de 19 de mayo, de "Servicio Vasco de Salud-Osakidetza" .B.O.P.V. 1 de junio de 1983
- Ley 3/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad, 1986
- Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales en Euskadi. Gobierno Vasco. B.O.P.V. 12 de noviembre de 1996.
- Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi. B.O.P.V. 21 de julio de 1997.
- Ley 13/1982 de Integración Social de Minusválidos. LISMI. 1982.
- O'CONNOR, JAMES, La Crisis Fiscal del Estado, Edit. Ediciones 62, Barcelona, 1981
- Plan de Salud/ Osasuna Zainduz. Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. 23 de junio 1993 .
- SAN JOSÉ GARCÉS, PEDRO, Reformas Sanitarias en Europa y la elección del usuario, Ed. Díaz de Santos. Madrid. 1994.