

ESPACIO SOCIO-SANITARIO

Algo más que una corriente de opinión

**Fabiola Moreno
Trabajadora Social
Hospital de Basurto
Bilbao, abril de 2006**

1. CONCEPTO Y FUNDAMENTACIÓN

Desde hace unos años para los que trabajamos en el mundo sanitario el concepto de espacio sociosanitario constituye un tema recurrente de conversación y un, no menos, recurrente vacío en nuestra capacidad de respuesta profesional. Por eso, en un primer impulso, consideré necesario contar con las aportaciones de mis propios compañeros. Todos ellos profesionales de diversas disciplinas, con actividades en diferentes frentes - siempre en primera línea - y con un objetivo común: la atención del paciente en su proceso de enfermedad y desde un contexto hospitalario.

Las aportaciones han sido muchas, muy reflexivas y coincidentes. Se podrían resumir en varias cuestiones centrales:

- El espacio sociosanitario es una **obligación** ineludible y urgente.
- Que concierne **simultáneamente** a dos sistemas de protección, el sanitario y el de servicios sociales.
- Y que debe dar respuesta a las **nuevas necesidades** – crecientes- de los ciudadanos.
- Una realidad que se traduce en una **demanda continua de recursos personales e institucionales**.
- **Sin respuesta**.

2. FACTORES QUE HAN CONTRIBUIDO A SU DESARROLLO:

¿ En qué realidad se inscribe el concepto de espacio sociosanitario ? Básicamente en la de las transformaciones sociales y en la de los cambios producidos en todos los órdenes de la vida. Los más relevantes han sido los:

Sociodemográficos:

- ▶ Envejecimiento de la población.
Mayor esperanza de vida, no siempre con una calidad aceptable ni en unas condiciones de salud óptimas.
 - ▶ Cambios en los modos de vida.
En la forma de elaborar los proyectos, en las aspiraciones individuales y colectivas, incluso en los códigos de conducta con nuevas escalas de valores personales, familiares y sociales.
 - ▶ Transformaciones en la estructura social, en los modelos familiares.
El papel de la mujer. Paso del modelo de familia troncal al de familia nuclear.
 - ▶ Insuficiente o inexistente apoyo familiar.
Conceptos actuales de responsabilidad, relación y compromiso. Hogares disfuncionales o solitarios. Movilidad geográfica de los grupos familiares.
- Unidades familiares proyección.

Biosanitarios

- ▶ Nuevos conceptos de salud y de calidad de vida.
Atención integral.
Concepto de atención biopsicosocial
- ▶ Nuevas formas de enfermar con diferentes necesidades en los procesos de tratamientos.
Nuevas necesidades: cuidados paliativos, medicina preventiva, cronicidad. Causas multifactoriales.
- ▶ Pérdida brusca o progresiva de autonomía en cualquier etapa de la vida. *Aboca a quién la padece a una dependencia parcial o total con necesidades múltiples.*

Nos referimos, pues, al espacio, al ámbito, al margen en el que la actividad sanitaria y la social coinciden para resolver **necesidades mixtas** que aparecen al **mismo tiempo** y que actúan a modo de vasos comunicantes en un individuo, en un momento dado; desaparecen o permanecen con él dependiendo del proceso y de la evolución.

Hablamos de enfermedades cerebrovasculares, de patologías oncológicas, de procesos degenerativos físicos y psíquicos, de caminos complicados en los que las carencias y las secuelas se van sumando gradualmente cuando no aparecen bruscamente y se instalan de manera definitiva.

Como factor adicional, en muchos casos, nos encontramos con situaciones personales frágiles, con estructuras familiares insuficientes o inadecuadas y con entornos sociales quebradizos o deficitarios.

La perspectiva es la misma aunque se enfoque desde ángulos distintos ya que el resultado se interpreta como una necesidad a la que hay que responder se derive de un proceso social o sanitario. En los dos casos tiene como consecuencia un deterioro que hay que restaurar con carácter integral y desde ópticas multidisciplinares.

Ejemplo: Entorno ambiental deficitario, hostil e insalubre...acabará conduciendo a su integrante a un déficit de salud inevitable, si no se consigue mejorar el escenario de partida. En la otra dirección: estado de salud deficitario, invalidante, perramente o progresivo... llevará, de nuevo, a su protagonista a una pérdida de espacio social y personal inevitable si el entorno en el que se circunscribe no es firme y seguro.

De ahí que la primera premisa a establecer cuando hablamos de espacio sociosanitario es que los servicios deben configurarse como **una unidad**, si tenemos en cuenta que las necesidades aparecen juntas, no separadas y que las respuestas, por ello, no pueden ser fragmentadas.

Nos encontramos cada vez más a menudo que la atención social y sanitaria resultan conceptos coincidentes ajenos a cualquier disyuntiva.

El eje, entonces, sobre el que gravita el espacio sociosanitario son **las necesidades**. A destacar de ellas como cualidades propias el **carácter integral** y los **contenidos multidisciplinares**.

Es la mayor parte de las veces un cruce de caminos donde las demandas aparecen de forma multidireccional reclamando respuestas simultáneas. Por ello la coordinación y la complementariedad entre los dos sistemas debería ser el punto de partida en el diseño de respuestas a las demandas.

3. ESTUDIO DE LA DEMANDA Y ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS SISTEMAS.

Hay una inercia casi paralela en los dos sistemas a la hora de delimitar las necesidades. Cada uno de ellos toma como referencias una serie de variables ya acordadas en base, o bien a características sociodemográficas preestablecidas tiempos atrás en el caso de los servicios sociales, o con relación a patologías en lo que atañe a los servicios sanitarios.

Y en estas divisiones estancas es donde radica el gran escollo en las planificaciones que ambos sectores realizan para responder a la demanda.

Casuística la que queremos. En sanidad, las unidades de paliativos, actualmente sólo previstas para enfermos terminales (término ya cuestionado) y sólo en determinadas patologías, generalmente dirigidas a franjas de edad más jóvenes.

En servicios sociales la fragmentación es incluso más acusada con tendencia a la exclusión y a la burocratización. Con diferencias intradepartamentales.

Ejemplos:

* Varón de 60 (50) años en tratamiento por esclerosis múltiple, encamado, portador de sonda uretral y de alimentación. Escaras y procesos infecciosos repetitivos.

Siendo las necesidades las mismas, dependiendo de la edad, accederá o no al recurso social.

* Varón de 52 años afecto de una neoplasia de pulmón (**Cirrosis o Insuficiencia renal crónica y terminal**) en estado avanzado. Encamado y con una supervivencia comprometida.

Nuevamente si alteramos un factor, en este caso la patología, con las mismas necesidades y el mismo pronóstico, el paciente será candidato o no a una U.C.P.

* Mujer de 32 años diagnosticada de sida en estadio C3, encamada, portadora de sonda de alimentación, incontinencia de esfínteres. Alteraciones de conducta y totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria.

* **Mujer de 45 años, alcoholismo con tratamientos de deshabituación previos sin resultado, trastorno de personalidad, diabética y con amputación de pío.**

Dos ejemplos en los que en razón del diagnóstico tampoco van a tener las mismas alternativas en cuanto a recursos sociales se refiere.

* Mujer de 54 (64) años, ELA de larga evolución, ya encamada, consciente pero con severas dificultades para la comunicación.

La edad determinara en esta ocasión la elección del recurso con las connotaciones (emocionales y económicas) que en muchos casos conlleva.

* Varón de 49 años en coma tras accidente de tráfico. Evidentemente postrado, permanentemente encamado y sin conexión alguna con la realidad. Necesita intervención de terceros para cualquier A.V.D.

No están previstas alternativas en ninguno de los dos sistemas.

Diferentes resultados dentro de los dos sistemas. Unos en base a la patología – como ya hemos dicho- y, otros, en relación a criterios sectoriales o departamentales: **Tercera Edad, Minusvalías, Exclusión Social...**

Un ejemplo más para ilustrar estas diferencias. Hasta el año pasado.

Ejemplo: Mujer de 59 años, oligofrénica, deterioro físico en los últimos años hasta encamamiento permanente irreversible. Pensionista.

Alternativas:

- * Ingreso en residencia asistida tercera edad viable en tiempo razonable. En espera interminable a través de departamento de minusvalías. Tratamiento económico desde el mismo organismo: en el primer caso subvención en función de patrimonio, en el segundo al margen del patrimonio.

En 2006 queda eliminada de la subvención vía tercera edad por no haber cumplido los 60 años y a pesar de su condición de pensionista.

- * Centros de atención integral de titularidad foral en colaboración con Osakidetza: centros de integración social exclusivamente para enfermos de sida.

¿Qué pasa con los demás “excluidos” que también enferman, aunque no tienen sida, pero si graves carencias físicas, psíquicas y sociales?

4. CRITERIOS DE UTILIZACIÓN

En cada sistema

Arbitrarios. Dependiendo de la presión social que ejerzan los colectivos de afectados. Centros para enfermos de sida o unidades de paliativos para enfermos oncológicos.

No consensuados. Al albur de la conveniencia política y de planificaciones extraprofesionales.

Inflexibles. Con muy baja capacidad de adaptación a cambios y nuevas demandas. En ambos casos.

Privados. Como dato el que más cerca tengo: el 95 por ciento de los pacientes que se trasladan a un recurso residencial (en todas sus modalidades) desde el Hospital de Basurto lo hacen a centros privados, gran parte de ellos en espera de subvenciones.

5. DISPONIBILIDAD

Escasa. Los sistemas adolecen de falta de recursos suficientes pero en lo que respecta a los servicios sociales el desequilibrio entre la oferta y la demanda es muy importante así como los tiempos de resolución.

Limitada. En ambos casos. Con compartimentos estancos y con respuestas fragmentadas.

Burocratizada.

6. CONSECUENCIAS

- Personales

En el medio familiar: intensa carga emocional que puede llegar a derivar en conflicto. Esfuerzo físico permanente. Desgaste de cuidador o cuidadores. Porque no hay que olvidar el proceso previo, largo y tortuoso en muchos casos, hasta la institucionalización.

En el medio sanitario: abandono terapéutico: “ Ya no hay nada que hacer”. Negación o “denegación” de recursos existentes a determinados pacientes (U.C.P.)

Ausencia de centros de media-larga estancia.

- Económicas. (Para el afectado)

En el sistema sanitario la prestación es universal y su financiación pública. En el ámbito social la implicación económica corre a cargo de aportaciones públicas y de aportaciones de los beneficiarios.

- Sociales

Estancias hospitalarias prolongadas.

Arbitrariedad en las respuestas.

Prejuicios y rechazo solapado.

Planificaciones no realistas

Criterios normativos inaplicables o no ajustados a las demandas.

Gasto invisible.

Nuevas formas de marginación e incremento de algunas existentes.

8. ESPACIO SOCIOSANITARIO ACTUAL

- Buena voluntad de los profesionales.
- Asociaciones mal subvencionadas que trabajan en precario y que tienen como herramientas la solidaridad de algunos profesionales y la de no muchos voluntarios.
- La imaginación y la improvisación.
- El desgaste familiar.
- Colaboración informal entre profesionales de los dos sistemas.

9. PLAN ESTRATÉGICO ESTABLECE:

1. *Sistema de acceso único.*
2. *Una cartera de servicios única.*
3. *Un sistema de información compartido.*
4. *Una planificación conjunta.*

Yo me sumo también a esta declaración de intenciones pero como profesional responsable de dar respuesta a muchas de las demandas pido encarecidamente que el espacio sociosanitario se materialice, que se le otorgue contenido. Que lo haga como un tercer sistema o no. Que elija la vía de la coordinación, de la corresponsabilidad, de la cofinanciación entre los existentes. La puerta es lo que queda por concretar porque el edificio está perfectamente cimentado.

Necesitamos respuestas que se llamen recursos y servicios que respondan a unas necesidades ya existentes, en crecimiento y mal atendidas. Recursos polivalentes y específicos. Planificaciones convergentes y no divergentes. Optimización de recursos existentes en ambos sistemas.

Si hablamos de necesidades mixtas tendremos que empezar a establecer objetivos interdependientes. A planificar en la misma dirección. A delimitar las corresponsabilidad y a estudiar la cofinanciación. Para establecer y crear de una vez por todas los recursos inexistentes.

- * Unidades de cuidados paliativos polivalentes.
- * Centros de media-larga estancia de carácter sanitario.
- * Instituciones de atención integral sociosanitarias (necesidades mixtas.)

Que sean:

- Ágiles.
- Flexibles.
- En permanente coordinación.
- De disponibilidad inmediata.
- Con criterios firmes y en consonancia con la demanda cualitativa y cuantitativa.

7. REFLEXIONES

Quiero, a modo de recapitulación, mencionar algunas de las consideraciones a las que nos lleva el espacio sociosanitario:

- A establecer una relación estrecha entre condiciones de vida y salud.
- A recordar que la dependencia no es un problema individual.
- A interiorizar que curar y cuidar es un todo.
- A admitir que la zona fronteriza es extensa, variada y confusa pero no por ello eludible.
- A estrechar la distancia entre necesidad y recurso.
- A reparar la insuficiente atención a ciertos colectivos: tercera edad, toxicómano, incluidos alcohólicos y enfermos mentales.
- A garantizar el estado de bienestar como un derecho insoslayable y no como un plus.
- A subrayar que las personas no tienen necesidades sanitarias o sociales sino sanitarias y sociales; la persona es un todo.
- A reconocer que el apoyo familiar no siempre es suficiente, incluso en estructuras sólidas y de alta participación.
- A incluir en los procesos de planificación: valores, derechos y principios. A universalizar criterios.

Porque en los objetivos coincidimos:

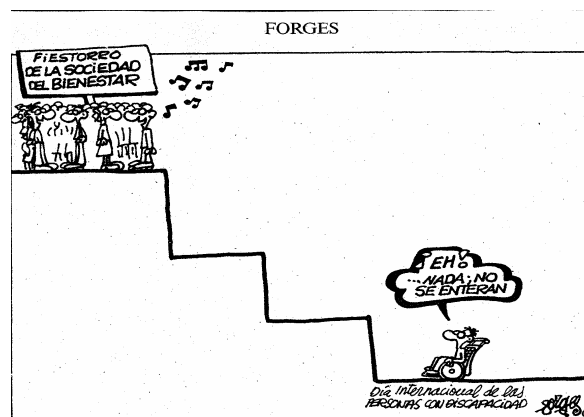
- * Lograr la satisfacción de usuarios y familias (Plan estratégico).

Yo añadiría:

Y de profesionales para...

Hacer posible lo necesario

De esa manera Forges no nos tendrá que recordar que el estado de bienestar es una celebración en la que no participamos todos.



Fabiola Moreno González. Trabajadora Social. Hospital de Basurto. Abril de 2006.
fmoreno@hbas.osakidetza.net