

## LOS CAMBIOS EN EL ESTADO DEL BIENESTAR: NUEVAS ESTRATEGIAS SOCIOSANITARIAS SOSTENIBLES

Dra. M<sup>a</sup> Rosa Roca Castelló  
Dr. Francisco Ródenas Rigla  
Dr. Vicente Sanjosé López  
Dr. Vicente Garcés Ferrer  
Dr. Eduardo Zafra Galán

### 1.- INTRODUCCIÓN

La extensa bibliografía que en la década de los noventa se ha generado en torno a la política social y los servicios sociales en España ha posibilitado analizar con precisión los aspectos administrativos, jurídico-sociales, programas y recursos que estructuran y definen el sistema público de servicios sociales. En estos últimos años también se han introducido debates, especialmente en el ámbito académico, sobre aportaciones teóricas como la tercera vía de Giddens (1999) o la cuadratura del círculo de bienestar de George y Miller (1994). Ha sido una etapa muy prolífica en publicaciones descriptivas, sin duda inductoras de la conciencia política hacia problemas todavía sin resolver en el campo jurídico-administrativo de los servicios sociales, tales como:

- La falta de codificación de derechos subjetivos.
- El desplazamiento progresivo de lo contributivo a favor de lo meramente asistencial en el sistema público.
- La indemorable descentralización hacia las administraciones locales de los sistemas públicos de servicios sociales autonómicos, así como la solución de severas desigualdades sociales interterritoriales entre los sistemas autonómicos que están creando agravios comparativos en prestaciones y servicios.

Sin embargo, ello no debe ser obstáculo para que nos planteemos nuevos retos que tienen que ver más con la investigación del diseño de servicios sociales y de bienestar en general que, sin lugar a dudas, ayudarán a sentar las bases epistemológicas y metodológicas en esta área de conocimiento y a la sostenibilidad económica, social y política del sistema público de servicios sociales.

En este sentido, creemos que la innovación y la creatividad en el ámbito de los servicios sociales va a tener importantes implicaciones para las políticas sociales, en tanto que parece improbable, como apunta Donati (1999), que pueda sostenerse el crecimiento lineal y progresivo de los derechos sociales según la secuencia: "Más democracia = más derechos sociales = más políticas sociales".

El presente documento tiene el objetivo de plantear algunas ideas previas que constituirían las bases de un nuevo modelo teórico ubicado entre el sistema sanitario y el de servicios sociales. Trata de esbozar las características del *modelo sociosanitario* partiendo de una perspectiva heurística y argumentando sobre datos demográficos y proyecciones acerca de la dependencia, el aumento de la demanda y la externalización de servicios sociosanitarios de la población española en los próximos años.

El problema de la *dependencia* no es estrictamente de naturaleza social ni de carácter exclusivamente sanitario, sino que plantea la convergencia de servicios e implica la necesidad de coordinación entre ambos ámbitos. También nos disponemos a introducir el concepto de *sostenibilidad* desde un enfoque social, en tanto que el concepto abarca no únicamente aspectos de naturaleza ambiental sino también socioeconómica y, por supuesto, humana, trascendentes para diseñar la perdurabilidad de las políticas sociales y los recursos futuros del ámbito sociosanitario. El diseño de recursos y programas capaces de afrontar con éxito los problemas de la dependencia, difícilmente podrá escapar a variables tales como la intervención sociosanitaria, la calidad del servicio y la proximidad del mismo respecto de sus destinatarios con el fin de vertebrar y objetivar su eficacia.

### 2.- LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: UN PROBLEMA ASOCIADO A LA DEPENDENCIA

La atención sociosanitaria es sustancialmente un problema de organización de cuidados de larga duración. A principios de la década de los 80 la preocupación sobre este tipo de cuidados comienza a ocupar un espacio en los debates que sobre políticas de bienestar mantienen los países miembros de la OCDE. Aunque de hecho durante esta etapa no se contempla todavía la provisión futura de los cuidados como un problema especialmente significativo, si se plantean las considerables implicaciones que para la política social tiene el envejecimiento poblacional de las sociedades más desarrolladas. Las proyecciones que entonces se realizaron auguraban un declive de la proporción de personas en edad laboral y un aumento

significativo del grupo de población que comenzaría a recibir pensiones de jubilación y demandaría una cantidad de cuidados sanitarios por encima de la media. Finalmente, en 1985, la OECD reconoce el problema de la provisión futura de los cuidados personales a los ancianos como un problema a tener en cuenta en el diseño de la política social.

En la década de los 90, estos temas son eclipsados por las condiciones económicas de esos años que ponen a la cabeza de la agenda política el déficit público y el creciente desempleo estructural. El problema sobre la provisión futura de los cuidados de larga duración se irá configurando a medida que los países necesitan aumentar el control sobre los costes sanitarios y sociales, una mayor eficiencia en la utilización de estos servicios y mayor atención a las necesidades más urgentes (OECD, 1995).

La justificación de la necesidad de atención sociosanitaria de larga duración para personas con enfermedades crónicas y terminales, discapacitados y mayores dependientes, y la consiguiente permeabilidad entre los diques que separan actualmente el sistema sanitario y el de servicios sociales podemos encontrarlas, en parte, en determinados indicadores demográficos y factores sociales vinculados con la supervivencia y la longevidad en España. Entre estos indicadores destacamos los siguientes:

**(a) Envejecimiento de la población (en especial, crecimiento de los mayores de 80 años).**- En 1999 había en España 40.202.160 habitantes, el 16.2% de los mismos tenía 65 ó más años, y las previsiones para los próximos años indican un crecimiento constante. Así, en el año 2010 los mayores representarían el 18% del total de población, en 2025 el 22% y casi el 30% en 2040. Las previsiones para la población mayor de 80 años, que constituían el 3.5% en 1999, establecen cifras del 5% en el año 2010, 6% en 2025 y 8% en 2040 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001). El ritmo de crecimiento de la población con 80 y más años supera en gran medida al conjunto de la población de 65 y más años; de tal forma, que mientras entre 2001 y 2026 se espera un crecimiento del 29.5% para el grupo de mayores de 65 años, la población de 80 y más años crecería un 58.7% (proyecciones de la Población Española, Instituto de Demografía del CSIS, citado en el Informe del Defensor del Pueblo, 1999).

Los datos de distribución geográfica de la población con 65 ó más años por Comunidades Autónomas muestran grandes diferencias territoriales (figura 1). Así, las Comunidades con menor porcentaje de mayores de 65

años, en torno al 10%, son Melilla, Canarias y Ceuta. Por debajo de la media nacional (16% en 1998) también se encuentran Andalucía, Madrid, Baleares y la Comunidad Valenciana. Por el contrario, Castilla y León, Aragón y Asturias presentan porcentajes superiores al 20%. Por otra parte, aunque el mayor número de personas mayores de 65 años vive en ciudades (4.2 millones), el problema del envejecimiento se acentúa en los municipios de menos de 2000 habitantes donde este grupo supera el 25% de la población total (IMSERSO, 2001).

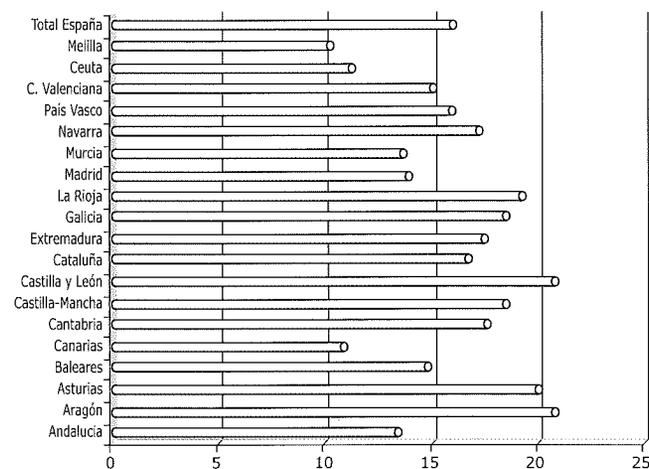


Figura 1. Población con 65 ó más años en 1998, por Comunidades Autónomas (Fuente: Elaboración propia con datos del IMSERSO, 1999)

El envejecimiento está motivado, por una parte, por el descenso de las tasas de mortalidad infantil y general (más personas llegan a los 65 ó más años) y, por otra, por el descenso de la población joven a consecuencia de la fuerte caída de la fecundidad. Con relación a este último aspecto, España es un país con una de las tasas de fecundidad más bajas del mundo, siendo 1.07 el número medio de hijos por mujer, mientras que el umbral de reemplazo generacional (2.1) no se alcanza desde 1981 (IMSERSO, 2001). Con el actual ritmo de nacimientos y defunciones, se calcula que España empezará a perder población hacia el año 2010, si no se modifican los comportamientos reproductores o se incrementa el crecimiento de la población inmigrante.

La Unión Europea también envejece rápidamente. La oficina europea Eurostat ha venido observando que el crecimiento natural es muy bajo; en 1999 nacieron

alrededor de 4 millones de personas y murieron 3.7 millones. A éstas 300.000 personas resultantes de este crecimiento natural de la población se unieron aproximadamente 700.000 inmigrantes. La UE necesitaría el doble de inmigrantes, 1.4 millones al año, para reponer su población activa y seguir manteniendo las pensiones de su población inactiva. En el año 2000 entre los países en los que el porcentaje de personas de 65 y más años superaba la media europea (16.2%) se encontraban, además de España (16.7%), Italia (18%), Suecia (17.3), Grecia (17.1) y Bélgica (16.7%) (figura 2). La proyección para 2020 sitúa dichos porcentajes en el 23.2% para Italia, 23.1% en Finlandia y 22.1% en Suecia.

Otro factor vinculado con el envejecimiento de la población es la esperanza de vida al nacer. En la UE, entre 1980 y 1997 dicha esperanza ha aumentado en 3.6 años para los varones y 3.4 años para las mujeres, situándose en 1997 en 74.1 años para los primeros y 80.5 años para las mujeres (figura 3). En España la esperanza de vida al nacer pasó de 33.9 y 35.7 años en 1900 para varones y mujeres, respectivamente, a 74.4 y 81.6 en 1997. La esperanza de vida para las personas de 65 años alcanza los 16 años para varones y los 19.8 para mujeres. Ante esta situación, la mujer en España puede encontrarse con una viudedad media de 7 a 10 años, como consecuencia no sólo de su menor mortalidad sino también de un efecto cultural, la costumbre social de separación de varios años con el varón al casarse (IMSERSO, 2001).

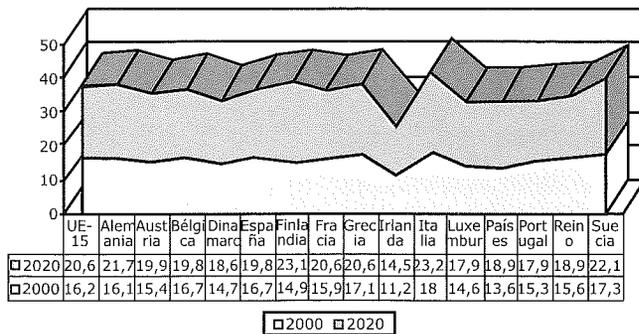


Figura 2. Estimación del crecimiento de la población con 65 ó más años en la Unión Europea, 2000-2020 (% sobre la población total). (Fuente: Eurostat, 1999)

Por último, entre las tendencias relacionadas con los cambios demográficos y sociales que van a afectar al cuidado de las personas dependientes en los países más

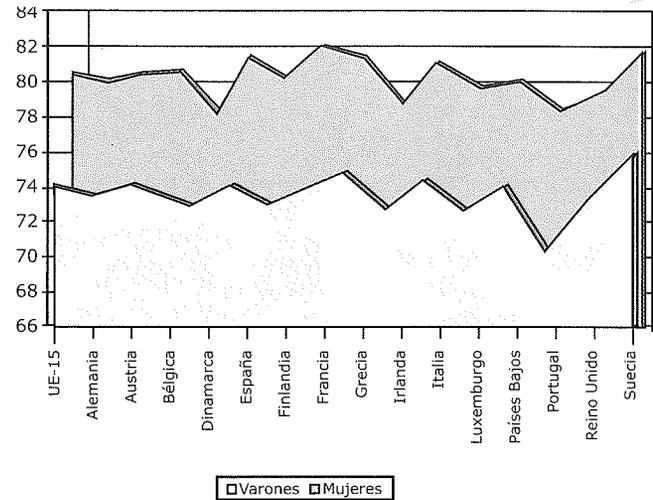


Figura 3. Esperanza de vida al nacer en los países de la Unión Europea en 1997, en función del sexo. (Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999)

desarrollados, entre ellos los de la UE, analizadas por organismos internacionales como la OECD (1998) podríamos destacar las dos siguientes: el aumento en las tasas de dependencia de las personas mayores y el incremento en el número de personas mayores que viven solas.

Las personas viven más años, como ya hemos señalado, y las tasas de dependencia de las personas mayores aumentan. En el contexto europeo, la tasa de dependencia de la población joven descenderá en tres puntos, de un 35% para el año 2000 a un 32% para el 2020. Mientras, la tasa de dependencia de la población europea de más edad soportará un incremento progresivo, pasando del 26.7% en el año 2000 a más del 52% en 2040. Estas cifras ocultan importantes diferencias entre los países miembros de la UE, en cuanto al tamaño y ritmo de crecimiento de las tasas de dependencia. Así, en el año 2040 las tasas varían entre el 36% de Irlanda y el 64% de Italia, seguida de España con el 55.7%. Esta situación implica que dentro de 40 años habría menos de dos personas en edad laboral para mantener a cada jubilado, aumentando los problemas de financiación de los gastos destinados a hacer frente a las necesidades sociosanitarias de los mayores (OECD, 1998). Pero también alteran el proceso de provisión de cuidados sociales con la aparición de familias de cuatro generaciones (hijos, padres, abuelos y bisabuelos) que reemplaza el modelo de tres generaciones de la segunda mitad del siglo.

El aumento de las personas mayores que viven solas eleva la demanda de servicios de proximidad. Respecto a este último dato, en el conjunto de la UE en 1995 el 28% de las personas de 65 a 79 años vivían solas, porcentaje que alcanza el 45% entre los mayores de 80 y más años (Eurofocus, 1999). De media, uno de cada tres ancianos vive solo en la Unión Europea, aunque en países como Dinamarca, Suecia, Finlandia y Alemania el porcentaje de hogares unifamiliares con un anciano alcanza el 40%. Por el contrario, en los países meridionales con una presencia social mayor de la familia, como España y Portugal, el porcentaje de mayores que viven solos es el más bajo de la UE (inferior al 20%). Concretamente en España, entre el 14 y 16% de los mayores viven solos, lo que supone aproximadamente un millón de mayores viviendo solos (IMSERO, 2001).

**(b) Incremento del número de personas dependientes.-** Cada vez es más patente en nuestra sociedad un incremento del número de personas dependientes (la dependencia como nueva necesidad social sobrevenida). El término dependencia se refiere, en el contexto de la protección social, a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida diaria (AVD). El Consejo de Europa propuso en 1998 la siguiente definición: *"son personas dependientes quienes, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria"* (citado en Defensor del Pueblo, 1999). Los países que han desarrollado sistemas de protección vinculados con la dependencia suelen identificar *"ayuda importante"* con *"ayuda de otra persona"*.

Debido al escaso desarrollo teórico del término dependencia, en algunos contextos, se ha equiparado dicho término con discapacidad. Las diferentes definiciones que existen sobre discapacidad se centran en las limitaciones que ésta puede tener sobre la actividad diaria de un individuo. Hasta el momento, la definición general de discapacidad más comúnmente aceptada es la propuesta por la OMS en la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía: *"una discapacidad es cualquier restricción o falta de capacidad (resultado de una deficiencia) para realizar una actividad considerada normal para un ser humano"* (citado en Gudex & Lafortune, 2000, p. 13). Esta definición se enfrenta a problemas como *"qué actividades"* y *"qué grado de limitación"* debería utilizarse en la operativización de la misma.

En la Unión Europea se estima que el número de personas afectadas directamente por alguna forma de discapacidad está próximo al 10% de la población, porcentaje que representa en la actualidad unos 37 millones de personas (Comisión Europea, 2000). En España, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, publicada por el Instituto Nacional de Estadística en 2000, calcula que el número de personas discapacitadas es de 3.528.221, lo que supone un 9% de la población total. Existen grandes diferencias por grupos de edad, así la tasa de discapacidad por cada 1000 habitantes entre 6 y 64 años es del 45.9, mientras que entre la población de 65 y más años alcanza el 322.1 (figura 4).

Con el crecimiento de la población de más edad aumenta la proporción de personas dentro de este grupo que se encuentran en situación de riesgo con respecto a su salud; ello no se debe a la edad en sí misma, sino a la

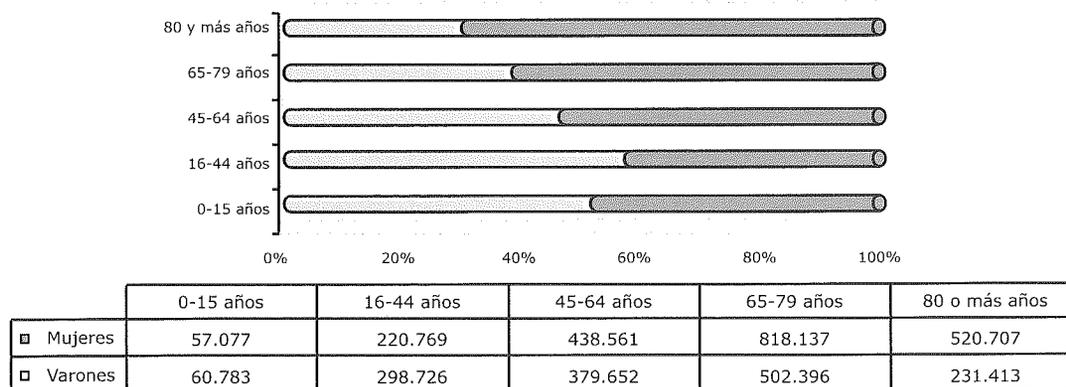


Figura 4: Personas discapacitadas en España (Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, INE 2000)

mayor incidencia de enfermedades invalidantes y de la discapacidad. Si la reducción de la mortalidad es mayor que la reducción de la morbilidad, entonces el aumento de la esperanza de vida conduce a un aumento de la dependencia (Jacobzone, 1999). Sin embargo, se prevé que la dependencia grave dentro de este grupo de edad no aumente en las próximas décadas, como consecuencia de una mayor y mejor atención sanitaria así como por la inmediata accesibilidad a estos servicios; pero, la dependencia moderada podría convertirse en una carga y obstaculizar que las personas mayores puedan vivir de forma independiente y autónoma.

Tanto entre la población mayor de 65 años con entre los menores de esta edad el desarrollo de las enfermedades crónicas y degenerativas ha pasado a constituir una de las causas más frecuentes de dependencia. En todas las regiones más desarrolladas del planeta se pasa actualmente por una transición epidemiológica donde las principales causas de mortalidad están variando desde el predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias hacia las enfermedades crónicas y degenerativas en la edad adulta (ONU, 1999).

Lo cierto es que el éxito en el tratamiento médico de algunas enfermedades como el SIDA o el cáncer transforma la enfermedad mortal en problemas de salud, que implican cuidados de larga duración para ayudar a la persona a que pueda desempeñar algunas de sus principales actividades personales y domésticas diarias. Las personas que se encuentran en esta situación utilizan en mayor medida recursos sociales y sanitarios. Estas enfermedades vinculadas a otras patologías como la hipertensión, diabetes, enfermedades crónicas respiratorias, problemas musculares y óseos, así como la depresión y otros trastornos mentales, exigen importantes recursos adicionales.

En el contexto español, si consideramos los diagnósticos definitivos de las personas que pasaron por centros hospitalarios, las enfermedades vinculadas con el aparato digestivo, las enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio suponen casi el 300 ‰ del total de patologías (afectaron a 1.359.327 personas de un total de 4.422.263 enfermos). Los tumores malignos afectaron a más de 241.000 personas (54.7 ‰) y las enfermedades mentales a 105.284 (23.8 ‰) (Figura 5).

De cada 1000 diagnósticos de anomalías congénitas 644 hacen referencia a menores de 14 años. El grupo de población más amplio, de 15 a 64 años, está más representado en enfermedades mentales (de cada 1000 diagnósticos de trastorno mental 813 pertenecen a este

grupo de edad), del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y del aparato digestivo (figura 6). Mientras que entre los mayores de 65 años predominan las enfermedades relacionadas con los órganos de los sentidos (por ejemplo, cataratas) y el aparato circulatorio. En los mayores también destacan enfermedades relacionadas con tumores malignos y enfermedades respiratorias.

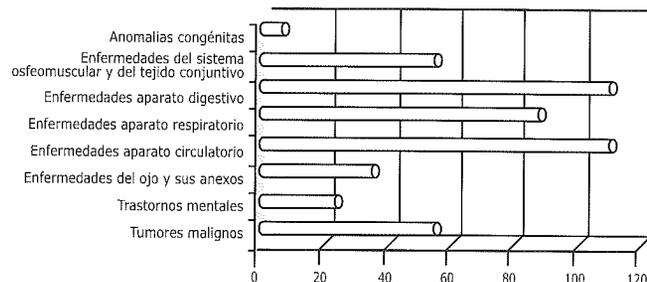


Figura 5: Distribución de enfermos dados de alta en 1997 en centros hospitalarios, según su diagnóstico definitivo (Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria, INE 2000).

Con relación a la percepción de salud, sólo un 38.2% de los mayores de 65 años afirma no tener enfermedades crónicas, frente a un 73.5% del grupo de población activa (16-64 años). Un 27.3% de los mayores de 65 años dicen tener dos o más enfermedades crónicas, frente a un 6.9% de la población de entre 16 y 64 años (figura 7).

Entre las personas que declararon tener alguna enfermedad crónica, casi el 40% de los mayores de 75 años encontraron limitaciones para desarrollar sus actividades habituales, frente al 24.2% de la población de entre 16 y 64 años (figura 8).

En el informe del Defensor del Pueblo (1999) se cuantifica el riesgo de dependencia en España en 1.839.000 personas, de las que aproximadamente un millón estaría en una situación de dependencia grave. Entre la población mayor de 75 no institucionalizada, según datos de la Encuesta Nacional de Salud 1997, el 12.6% necesita ayuda para ducharse o bañarse (un 2.6% no puede hacerlo), el 6.2% para preparar su propia comida (un 4.1% no puede hacerlo), el 5.4% para andar (el 12.9% para andar durante una hora seguida) y el 3.4% para levantarse de la cama y acostarse (un 1% no puede hacerlo). Otros informes, en concreto el del IMSERSO (1999), establecen que la población mayor de 65 años que necesitaría ayuda de terceras personas para la realización de alguna actividad de la vida diaria en el año 2000 ascendía a 2.3 millones de

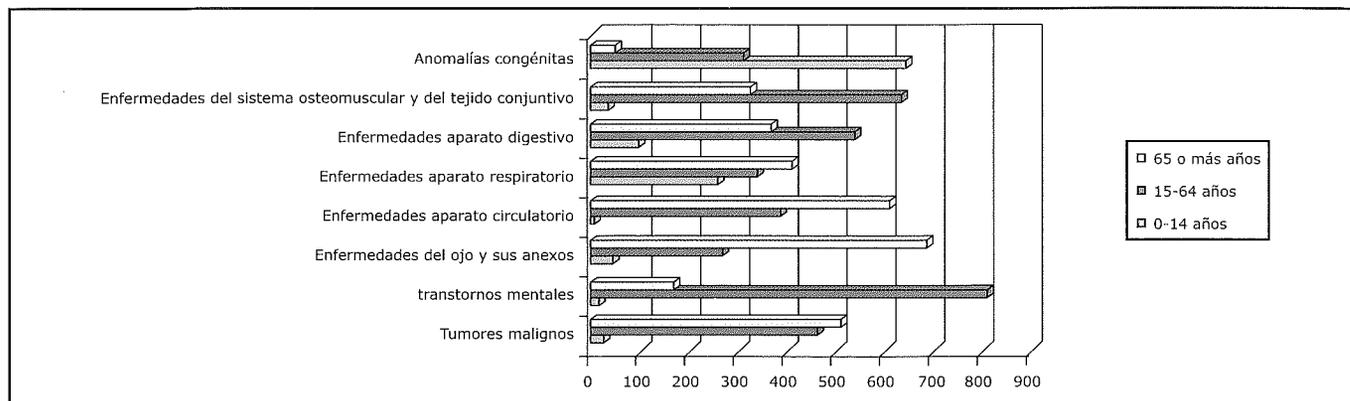


Figura 6: Distribución de enfermos dados de alta en 1997 en hospitales, por cada 1000 diagnósticos referidos a cada grupo de enfermedad, en función de la edad (Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria, INE 2000)

personas, mientras que la dependencia grave alcanzaría a 764.624 personas. A estas cifras habría que sumar unas 550.000 personas de entre 15 y 64 años con algún tipo de dependencia, de las que aproximadamente 137.500 tendrían una dependencia grave para cuidados personales, tareas domésticas o asuntos propios.

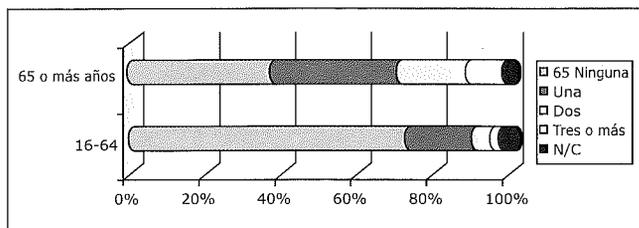


Figura 7: Número de enfermedades crónicas diagnosticadas según grupos de edad (percepción de estado de salud) (Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta Nacional de Salud 1997, Ministerio de Sanidad y Consumo 1999)

**(c) Crisis del apoyo informal.-** En el marco de la Unión Europea, la organización de la atención a las personas dependientes difiere enormemente entre los Estados miembros, aunque en todos ellos la mayoría de las personas que necesitan asistencia y cuidado permanente reciben atención en el hogar por parte de sus familiares, principalmente por mujeres.

En España, la mayoría de los cuidados que precisan las personas dependientes es asumido por familiares y allegados, es decir, que los realiza el denominado apoyo informal, que ha permanecido en la invisibilidad durante

mucho tiempo. En el caso de personas mayores, el 86.5% del total de cuidados que reciben provienen de este tipo de apoyo, situación que cambiará en los próximos años de forma radical. En nuestro país, según datos del último informe del IMSERSO (2001), el apoyo informal es prestado dentro de la familia principalmente por mujeres, y sobre todo por hijas, en la mayoría de los casos a diario. El perfil de cuidadora (82%) es una mujer adulta (45-64 años), con escaso nivel de instrucción y dedicada a las actividades domésticas. Esta situación ha acarreado diversos problemas en el núcleo familiar, reduciendo el tiempo dedicado a un trabajo remunerado o incluso propiciando su abandono (y por lo tanto perdiendo poder adquisitivo), interrumpiendo el curso normal de su vida familiar y soportando fuertes estados de estrés.

Tal como plantea Durán (2000), en sólo 10 años el número de "amas de casa" ha descendido en un millón, por lo que, si la atención de los enfermos ha de planificarse a corto y medio plazo, el sistema de cuidados de larga estancia no puede seguir descansando, como lo ha hecho tradicionalmente, en la reserva estructural de una mano de obra femenina en los hogares, porque esta reserva ya no existe en la mayoría de los hogares jóvenes. Es más, otros autores como Peñalver (2000) afirman que hacia el año 2040 este sistema de cuidados habrá desaparecido, derivando en un incremento de la externalización de servicios sociosanitarios. Otras cuestiones que influyen considerablemente en la provisión futura de cuidados de personas dependientes son la reducción progresiva del tamaño de las viviendas y, sobre todo, las grandes transformaciones ocurridas en los modelos de familia. Crece la proporción de niños de familias "monomarentales"

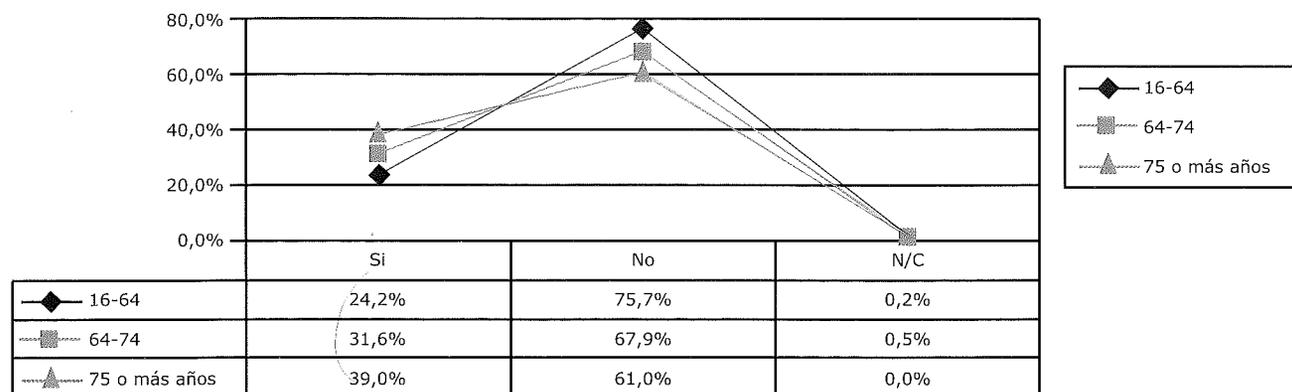


Figura 8: Limitaciones de las actividades en los últimos 12 meses por enfermedades crónicas diagnosticadas (percepción estado de salud)  
(Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta Nacional de Salud 1997, Ministerio de Sanidad y Consumo 1999)

y los cuidados a la infancia y las políticas de apoyo por paternidad/maternidad cobran importancia para el bienestar de las mismas, debido al aumento de los hogares donde los dos miembros aportan un salario.

La disponibilidad de cuidadoras informales potenciales de enfermos se reduce, en parte, como consecuencia de la creciente incorporación de la mujer a la población activa y al mercado laboral. De hecho, la mejora global de la tasa de actividad en España se debe principalmente a la incorporación de población femenina, ya que se ha pasado de una tasa de actividad en mujeres del 34.8% en 1993 al 39.9% en 2000 (figura 9); si bien la tasa de paro femenina sigue siendo muy alta (19.9%, en el IVº Trimestre de 2000, frente al 9.5% en los varones). No obstante, la diferencia con la tasa media de actividad femenina de la UE es aún elevada (dicha tasa era del 46.5% en 1999, según el último dato disponible en Eurostat, aunque en países como Dinamarca alcanza el 60%), así como las tasas de paro femenino (9.6% en la UE-15). Estas cifras denotan que el proceso de incorporación de la mujer a la actividad laboral aún se encuentra en fase de expansión en nuestro país (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001).

Las mujeres que trabajan fuera del hogar se ven sobrecargadas al asumir roles y responsabilidades tanto económicas como de cuidadoras (Nakano, 2000). Paralelamente, son muchas las familias que no poseen los suficientes recursos económicos para poder pagar a un cuidador, ya que los principales proveedores de estos cuidados son entidades privadas, y los servicios de las administraciones central y autonómica son inadecuados e

insuficientes, produciéndose una situación de *quiebra de la solidaridad familiar*. La mayoría de familias que buscan ayuda pública en el sistema de servicios sociales chocan, como se señala en el Informe del Defensor del Pueblo (1999), con el "muro de los baremos". Éstos suelen establecer requisitos muy rigurosos para poder acceder a los servicios públicos, pero que nada tienen que ver con la circunstancia objetiva de necesitar ayuda para desarrollar las actividades de la vida diaria, lo que provoca que el destino final de las solicitudes en muchos casos sea una lista de espera. De esta forma, las actuales políticas sociales han marginado la incalculable contribución socioeconómica al bienestar de las familias, que han proporcionado cuidados y atención a las personas dependientes y que no han supuesto coste alguno para el erario público.

El desafío futuro para los cuidados de larga duración de personas dependientes debería obligar a una mejor integración y coordinación de los servicios formales (sociales y sanitarios) y de la ayuda informal que garantice un nivel de atención digna y equilibrada para todos, personas dependientes y cuidadores.

Además de los problemas asociados a la financiación futura para las personas que necesitan cuidados de larga duración, se hace patente la necesidad de introducir cambios sustanciales que reorganicen los sistemas tradicionales de servicios que hasta ahora han proporcionado los cuidados de larga duración. Los sistemas sociales y sanitarios están resultando insuficientes para cubrir las actuales demandas crecientes y se percibe un desequilibrio en los servicios existentes. Respecto a este

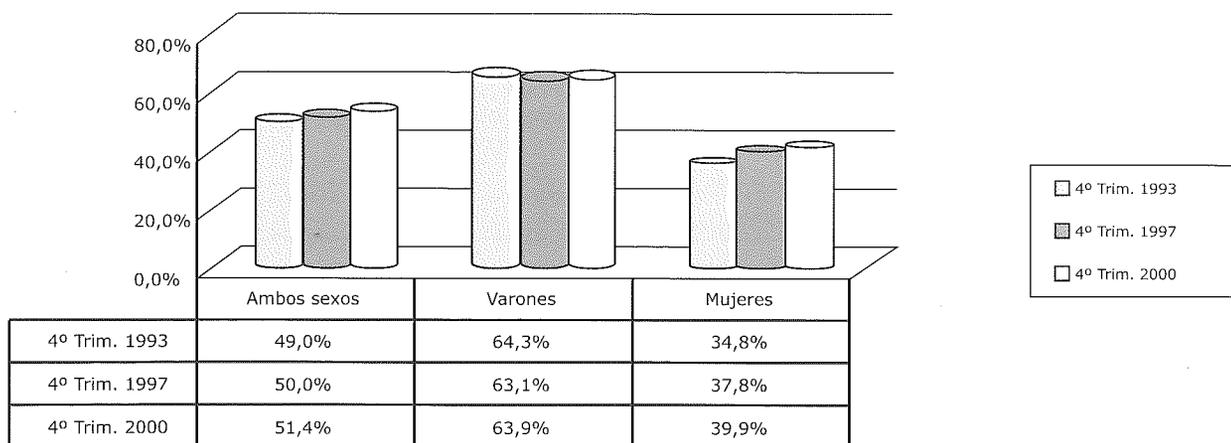


Figura 9: Tasa de actividad en España en función del sexo (Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de población activa, INE 2001)

último aspecto, en España contamos con fuertes desequilibrios en cuanto a presupuesto, recursos humanos, técnico-científicos y de organización entre el sistema de salud y el de servicios sociales, tanto en la administración central como autonómica y local. Asimismo, se asume que los sistemas tradicionales existentes se han inclinado demasiado hacia soluciones institucionales que han derivado la provisión de cuidados de larga duración hacia hospitales y residencias, soluciones que no han demostrado ser las más apropiadas desde una perspectiva técnica, financiera y humana.

### 3.- BASES TEÓRICAS DEL MODELO SOCIOSANITARIO SOSTENIBLE

El modelo sociosanitario sería capaz de ofrecer atención social y sanitaria al mismo tiempo, atendiendo a personas ancianas con múltiples patologías degenerativas, personas discapacitadas, enfermos crónicos graves con un elevado grado de deterioro o terminales, disminuyendo significativamente su coste al invertir más en lo socio-asistencial que en diagnóstico, tratamiento médico y estancia hospitalaria.

Este nuevo sistema lo constituirían un conjunto de recursos y acciones que tienen el objetivo de organizar, planificar, financiar y proveer cuidados y acciones dirigidos a atender de forma integral a personas dependientes. Este modelo tendría que ahondar sus raíces en las siguientes bases: proyección de desarrollo sostenible, máxima eficiencia, innovación y calidad total, y proximidad.

#### 3.1.- PROYECCIÓN DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Las consecuencias derivadas de factores sanitarios, laborales y sociodemográficos expuestas explican, parcialmente, que tanto el sistema de pensiones, el sistema público de salud y el sistema público de servicios sociales sean insostenibles en el tiempo; es decir, son susceptibles de entrar en quiebra tanto desde un punto de vista social como económico al no poder seguir manteniendo el principio de universalidad. Sus costes se dispararán, a no ser que encontremos recursos heurísticos capaces de mejorar su eficiencia, manteniendo su sostenibilidad económica, social y política. Ello implica una revisión de los modelos económicos clásicos, posicionándose a favor de otros alternativos basados en la prevención e innovación, con el fin de superar aspectos de masificación sanitaria, como sucede con el modelo hospitalocéntrico.

La justificación previa nos lleva a la siguiente conjetura: el crecimiento exponencial y en paralelo de nuestros sistemas social y sanitario por separado, ¿no llevará a una satisfacción de las necesidades de la generación presente, comprometiendo la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer las suyas propias?, ¿no sería un planteamiento estrictamente algorítmico apartado del concepto de desarrollo humano? El modelo sociosanitario sostenible no parte de la premisa de que el crecimiento económico conlleva directamente un incremento del bienestar material y logro económico, sino que asume que a partir de unos recursos que se prevén limitados, el ser humano debe ser capaz de reasignarlos racionalmente con el fin de maximizar sus necesidades.

### 3.2.- MÁXIMA EFICIENCIA

¿Cómo podemos ser eficientes dentro de un modelo sociosanitario? La respuesta se dirige, en la actualidad, a la posibilidad de medición y evaluación económica, conociendo los costes e incrementando la eficacia. ¿Cómo estamos resolviendo ahora las situaciones de dependencia? Por parte de la Administración pública por medio de dos sistemas de protección que funcionan independientemente cuando no de forma solapada:

- El sistema público de salud, a través de prestaciones económicas y en especie y de la hospitalización.
- El sistema público de servicios sociales, a través de recursos de atención primaria y especializada, como la ayuda a domicilio, teleasistencia, residencias, viviendas tuteladas y centros de día, fundamentalmente.

El gasto social residencial, que podría situarse en torno a las 5.000 pesetas/día (aproximadamente 1.800.000 pesetas por plaza al año) y domiciliario, estimado en unas 60.000 pesetas por persona al mes con dos horas de asistencia diaria (unas 720.000 pesetas por persona y año), se dispara si tomamos como referencia el número de personas con problemas de dependencia. Pero lo que realmente se incrementa de forma insostenible en casi seis veces más es el gasto hospitalario, ya que una hospitalización en un centro de agudos viene a costar al sistema público de salud entre 40 y 60.000 pesetas por día lo que significa un coste anual medio de 14 ó 15 millones ; sobre todo para el caso de enfermedades crónicas, terminales y degenerativas. El problema es que no tenemos realmente previstos recursos sociosanitarios alternativos que cubran las necesidades de estas personas.

### 3.3.- INNOVACIÓN Y CALIDAD TOTAL

La teoría del caos o de la complejidad constituye un ejemplo significativo susceptible de ser aplicado a la construcción y el diseño de recursos sociosanitarios desde una perspectiva innovadora. No descubrimos nada nuevo si afirmamos que para la innovación es requisito imprescindible buscar interdependencias entre disciplinas, lejos de la linealidad causa-efecto determinista y de la unidimensionalidad monodisciplinar que chocaría contra la dinámica compleja de los sistemas. Aplicando la teoría de la complejidad al modelo sociosanitario, tanto pacientes, médicos, personal de enfermería, dirección del centro, así como la familia, representan modelos internos y agentes en movimiento que están condicionando el proceso y el resultado final relativo a la eficiencia y satisfacción del paciente. En el modelo sociosanitario valoramos tanto los

aspectos de apoyo social y psicológico como los factores médicos y paliativos. Existe un principio de validez, fundamental para la eficacia y la efectividad del mismo, de ambos conocimientos y, además, asume que la ausencia de uno u otro interfiere negativamente en la recuperación del enfermo.

Desde el modelo sociosanitario, efectividad e innovación constituyen dos características que forman un híbrido. Sin la innovación sociosanitaria no habrá reducción de costes sanitarios, difícilmente podrá cumplirse el criterio de sostenibilidad, y el sistema de servicios sociales ocupará cada día un papel recesivo y subsidiario. Tanto la reducción de costes como la innovación, dentro de un modelo de calidad total, podrían impulsarse a través de tres vías:

- Creando programas y recursos de naturaleza sociosanitaria localmente accesibles, disminuyendo el gasto sanitario y aumentando la prevención a través de recursos sociales y sanitarios combinados
- Extendiendo la red de programas y recursos del sistema público de servicios sociales.
- Impulsando la investigación en el área de Trabajo Social y Servicios Sociales.

### 3.4.- PROXIMIDAD

El último de los pilares cruciales del modelo sociosanitario que proponemos es la implementación de dichos recursos y su inversión en el ámbito local, con lo que, de hecho, no se hace sino seguir las recomendaciones de la Comisión Europea para crear empleos y servicios de proximidad. La proximidad podría definirse como el criterio que posibilita que el espacio entre el que recibe el servicio y el que lo presta sea inexistente. Este criterio es tan imprescindible para diseñar los servicios sociosanitarios de asistencia y de relación personal, como los relativos a las comunicaciones, los equipamientos y espacios públicos en general.

En realidad, la proximidad supone una característica del modelo que tiene que ver directamente con su eficacia y su eficiencia. La eficacia del modelo sociosanitario se alcanza cuando la persona consigue mejorar su salud y su bienestar permaneciendo en su contexto vital. Ello va directamente unido a la eficiencia, es decir, la relación entre el impacto real del servicio y su coste de producción; la idoneidad y el coste son los factores que vertebran la eficiencia. Si la utilización del recurso no ha sido idónea el coste se incrementa y baja la efectividad. La idoneidad está a su vez vinculada con una metodología de intervención totalmente integrada y con la accesibilidad del recurso. Este último criterio guarda estrecha relación con la posibilidad de que el consumidor potencial obtenga el servicio en el lugar,

momento, cantidad y coste razonable que necesita, y en la eliminación de barreras geográficas, organizativas, sociales y culturales de los recursos.

Si las autoridades políticas son capaces de legislar procesos de transferencia relativa a infraestructura administrativa y financiera hacia los entes locales, la creatividad, la prevención, la coordinación sociosanitaria, la participación y la autogestión serán más factibles y más efectivas. El ente local pasa así a ser el contexto donde los problemas sociosanitarios pueden ser resueltos de forma holística e integrada, desde una perspectiva ecológica en servicios de bienestar, es decir, compactando los programas sociales como son los de trabajo, educación, salud, vivienda, justicia, maximizando objetivos y rentabilizando recursos.

(4) La proximidad. Este modelo intenta aportar ideas para diseñar nuevos programas comunitarios que podrían aplicarse desde un ámbito local, lo que haría del programa o del recurso un instrumento humano, sostenible y eficiente.

#### 4.- CONCLUSIONES

Nuestro punto de vista enfatiza que es necesario superar el debate entre Estado del bienestar y Sociedad del bienestar y ubicarse en la realidad del pluralismo del bienestar, apostando por las actuaciones eficientes con participación del Estado, sociedad y mercado, pero donde el primero arbitre y controle a los restantes. La propuesta que hacemos es la de un modelo sociosanitario capaz de ejercer transversalidad y transdisciplinariedad entre el sistema de salud y los servicios sociales en programas y recursos para personas dependientes y enfermas que necesitan cuidados de larga duración. El modelo sociosanitario se asienta en una serie de pilares:

- (1) La sostenibilidad, que como paradigma emergente constituye una nueva forma de entender las relaciones entre las personas y su entorno, y que desde una perspectiva social implica priorizar la satisfacción psicológica y social de las personas y su calidad de vida, por encima de procesos algorítmicos.
- (2) La eficiencia, a través de la reordenación y coordinación de los recursos y programas de los sistemas social y sanitario.
- (3) La innovación, por medio de aportaciones teórico-prácticas recíprocas desde distintas disciplinas, siempre contando con la aplicación de programas de evaluación de la calidad total y la excelencia de recursos.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Gutiérrez A, Garcés J. Los Servicios Sociales en las Comunidades y Ciudades Autónomas. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2000.
2. Muñoz S, García Delgado JL, González Seara L. Las estructuras del bienestar en Europa. Madrid: Escuela Libre Editorial y Civitas, 2000.
3. Alemán C. Fundamentos de Bienestar Social. Valencia: Tirant Lo Blanch, 1999.
4. Muñoz S, García Delgado JL, González Seara L. Las estructuras del bienestar. Madrid: Escuela Libre Editorial y Civitas, 1997.
5. Alonso JM, Gonzalo B. La asistencia social y los servicios sociales en España. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 1997.
6. Alemán C, Garcés J. Política Social. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1997.
7. Alemán C, Garcés J. Fundamentos de Bienestar Social. Valencia: Tirant Lo Blanch, 1996.
8. Giddens A. La tercera vía. La renovación de la socialdemocracia. Madrid: Taurus, 1999.
9. George V, Miller S. Social Policy towards 2000: Squaring the welfare circle. Londres: Routledge, 1994.
10. OECD. Social protection for dependent elderly people: Perspectives from a review of OECD countries, in Labour market and social policy. Occasional Paper, nº 16. París: 1995.
11. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Guía de Ayudas Sociales para las Familias. Madrid, 2001.
12. Defensor Del Pueblo, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. La atención socio-sanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid, 1999.
13. IMSERSO. Las personas mayores en España: Informe 2000. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.
14. OECD. Long term care services to older people, a perspective on future needs: The impact of an improving health of older persons. In: Ageing Working Papers, 4.2. París, 1998.
15. Eurofocus, nº 36/99, 8-15 noviembre de 1999.
16. Gudex C, Lafortune G. An Inventory of Health and Disability-Related Surveys in OECD Countries, in OECD. Labour Market and Social Policy, Occasional Papers, 44. Paris, 2000.
17. Comisión Europea. Hacia una Europa sin barreras para las personas con discapacidad. Bruselas: COM, 2000.
18. ONU (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población). Salud y mortalidad: Informe conciso. Nueva York, 1999.
19. Biglino L. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
20. IMSERSO. La protección social de la dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999.
21. Durán M<sup>ª</sup>A. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao: Fundación BBV, 2000.
22. Miller WL. Understanding Change in Primary Care Practice Using Complexity Theory. Journal of Family Practice 1998; 6 (5).