

Artículo 6

# *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*

Asuntos Sociales



MINISTERIO  
DE TRABAJO  
Y ASUNTOS SOCIALES

# 25

2000

# *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*

Asuntos Sociales

---

## **DIRECTOR**

Luis Martínez-Sicluna Sepúlveda

## **SUBDIRECTOR**

Francisco Javier Andrés González

## **COORDINADORES DE LA SERIE**

Julio Iglesias de Ussel  
Pedro Extremó Casado

## **SECRETARÍA**

Subdirección General de Publicaciones  
del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales  
Agustín de Bethencourt, 11  
28003 Madrid  
Telf.: 91 554 34 00 (Ext. 3017)  
Fax: 91 533 38 47

## **COMITÉ DE REDACCIÓN**

Gerardo Camps Devesa  
Juan Pedro Chozas Pedrero  
Concepción Dancausa Treviño  
Marino Díaz Guerra  
Alicia Domínguez Martín  
José Manuel González Huesa

# Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Asuntos Sociales

---

## SUMARIO

**EDITORIAL**, *Julio Iglesias de Ussel*, 7

### I. ESTUDIOS

El voluntariado como expresión solidaria en el siglo XXI. *Amalia Gómez Gómez*, 13

Presencia y ausencia de los mayores en la publicidad televisiva. *Pedro Sánchez Vera y Ester Bódalo Lozano*, 19

Ideas para la construcción de un modelo sociosanitario sostenible. *Jorge Garcés Ferrer y Susana Sánchez-Flores*, 47

Fomento de la interculturalidad desde el sistema educativo. *María del Carmen Alemán Bracho, María del Mar Ramos Lorente y Francisco Ródenas Rigla*, 61

Pasado y presente de las instituciones de acogida para menores en España: Un análisis particular de la Comunidad Autónoma de Andalucía. *José Ocón Domingo*, 79

Cualificaciones y prácticas en empresas para universitarios. *Rafael Martínez Martín*, 95

Políticas de Juventud en España: Aspectos institucionales y competenciales en un Gobierno multinivel. *María Belén Martín Castro*, 111

### II. INFORMES

Políticas de juventud: retos para un nuevo siglo. *Elena Azpiroz Villar*, 139

X Aniversario de la Convención sobre los Derechos del Niño: La protección de los niños afectados por los conflictos armados. *Pedro Extremo Casado*, 145

Comentarios sobre la regulación de las subvenciones públicas en la Ley General Presupuestaria. *Carmen Ortega Jiménez*, 157

### III. RECENSIONES Y BIBLIOGRAFÍA

#### RECENSIONES

La igualdad entre hombres y mujeres en el Derecho europeo, de David Ordoñez Solis, 169

¿Existe sociedad civil en España? Responsabilidades colectivas y valores públicos, de Joan Subirats, 171

La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos, Recomendaciones del Defensor del Pueblo e Informes de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y Asociación Multidisciplinaria de Gerontología, 173

El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana, de Marie-France Hirigoyen, 181

Microfinanzas y pobreza, de Hege Gulli, 184

Fundamentos de bienestar social, de Carmen Alemán Bracho y Mercedes García Serrano, 185

#### BIBLIOGRAFÍA

Centros de menores, 189

### IV. SELECCIÓN DE NORMATIVA SOBRE INFANCIA, 201

# Ideas para la construcción de un modelo sóciosanitario sostenible

JORGE GARCÉS FERRER Y SUSANA SÁNCHEZ-FLORES \*

## 1. INTRODUCCIÓN

La extensa bibliografía que en la década de los 90 se ha generado en torno a la Política Social y los Servicios Sociales en España analiza con precisión los aspectos administrativos, jurídico-sociales, programas y recursos que estructuran y definen el sistema público de servicios sociales.

Ha sido una etapa muy prolífica en publicaciones descriptivas sin duda necesarias y útiles en los ámbitos académico y de las administraciones públicas, por lo demás inductoras de la consciencia 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 este sistema público, y la indomable 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 tendrán 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 este área de conocimiento.

En este sentido, creemos que la innovación en el ámbito de los servicios sociales tendrá 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 (pág. 90) <sup>1</sup>.

Este artículo tiene como objetivo plantear algunas ideas previas que constituirían las bases de un nuevo modelo teórico a caballo entre el sistema sanitario y el de servicios sociales. Trata de esbozar las características del modelo sóciosanitario partiendo de una perspectiva heurística y argumentando sobre datos

\* Catedrático y profesora titular, respectivamente, de la Universidad de Valencia: Estudi General. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.

<sup>1</sup> Véase DONATI, P. (1999): *La ciudadanía societaria*. Ed. Universidad de Granada, Granada.

demográficos y proyecciones sobre la dependencia, el aumento de la demanda y la externalización de servicios sociosanitarios de la población española en los próximos años.

Se parte del supuesto de que la dependencia no es estrictamente un problema de tipo social ni de carácter exclusivamente sanitario, sino que plantea la convergencia de servicios implicando una necesaria 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 e incluso humana, trascendentales 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 podrán 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. EL MODELO SOCIOSANITARIO SOSTENIBLE

Pues bien, ese modelo de intervención tendría que ahondar sus raíces en las siguientes características:

- Intervención sociosanitaria.

- Proyección de desarrollo sostenible.
- Obtención de máxima eficiencia.
- Tendencia hacia la innovación y a la calidad total.
- Ubicación local.

### 2.1. Intervención sociosanitaria

La justificación de la necesidad de atención sociosanitaria de larga duración para enfermos y ancianos dependientes, y la consiguiente permeabilidad entre los diques que separan actualmente el sistema sanitario y el de servicios sociales reside en determinados indicadores demográficos y factores sociales acerca de la supervivencia y la longevidad en España. Entre los indicadores demográficos que avalan esta afirmación destacan los siguientes:

1. En estos momentos, España tiene 1.860.000 personas en el tramo de edad entre 60 y 64 años y 6.660.000 de 65 años y más, que suman un total de 8.520.000 personas.

2. En el año 2000 la proyección de población española será de 39.300.000 personas aproximadamente, que aumentará en 650.000 personas en el año 2010, pero que se reduce progresivamente para las próximas cuatro décadas hasta llegar a los 35 millones 200 mil personas en el año 2050.

TABLA 1. DATOS PARA LA COMUNIDAD VALENCIANA  
TRAMOS EDAD

Año	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+ 85
1999	202.563	194.495	195.618	171.289	129.813	74.979	52.676
2004	228.181	196.155	183.336	175.939	142.678	94.122	59.384

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos del INE de 1998, según censo de 1991.*

3. Aun con estos datos que indican una disminución de la población de cuatro millones de personas en medio siglo, las personas entre 60 y 64 años aumentarán en 30 años en un millón más, pero, y este es el dato más significativo, la población de 65 años y más crecerá situándose en casi 3.900.000 personas en los próximos 50 años, pasando los mayores de 80 años de 1,3 millones en 1998 a 2,6 millones en el año 2.016.

4. Epidemiológicamente los procesos crónicos degenerativos se manifiestan de forma más frecuente a partir de los 40 años, aumentando el grado de incapacidad y de dependencia, especialmente en las personas mayores de 65 años.

5. Ya en 1993, la Encuesta Nacional de Salud aportaba datos clarificadores acerca del grado de dependencia para las personas mayores de 65 años. Entre los mayores de 65 años, la dependencia para cuidados personales se situaba en el 19'6%, de los cuáles el 16'6% tenían una dependencia media y el 3% sufrían dependencia grave. Por lo que se refiere a las tareas domésticas, la dependencia afectaría al 25'6% de los mayores de 65 años, con un importante peso de la dependencia grave que afectaría al 10%. Finalmente, en lo que se denomina como asuntos propios, la dependencia alcanzaría alrededor de un 27%, con un 20'6% de dependencia media y un 6'6% de dependencia grave<sup>2</sup>.

Otros cambios sociodemográficos muy significativos que coadyuvan a justificar una apuesta por el modelo sociosanitario y que son más conocidos, se enuncian a continuación:

- El descenso de la morbilidad, la cual se mantiene prácticamente estable desde

1960, en torno a 8/1000, cifra inferior a la media europea.

- Los cambios en la estructura familiar, que acelera su paso de extensa a nuclear, descendiendo el número de personas por hogar, a la vez que aumenta el de hogares de personas que viven solas.
- Matrimonios tardíos, con nacimiento tardío de hijos y reducción de su número. La natalidad se sitúa por debajo del 10/1000 y la evolución de hijos por mujer a partir de 1980 no garantiza el reemplazo generacional.
- Mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo.

Estos factores sociales conllevarán conjuntamente:

a) Un descenso real y potencial de cuidadores informales para personas dependientes, dejando de ser la familia, y en su seno la mujer, la fuente básica de provisión de servicios personales informales, y aumentando la demanda hacia la Administración y hacia el mercado de servicios sociosanitarios, que anteriormente se situaban en un ámbito culturalmente tolerable, socialmente conservador, pero económicamente sumergido, en tanto quedaba inscrito en la economía doméstica de auto abastecimiento situada al margen de los niveles de renta del mercado emergido.

b) Asimismo surge un problema de naturaleza sociológica relativo a la quiebra de la solidaridad familiar, que guarda estrecha relación con esta disminución de personas que por motivos laborales o de otra naturaleza, no podrán mantener ni financiar a sus parientes que necesitan cuidados personales de larga duración.

c) Lo cierto es que en nuestra sociedad estamos asistiendo cada día más a un proceso de externalización de servicios sociosanitarios que en su día venía cubriendo la familia y que progresivamente están siendo asumi-

<sup>2</sup> MARAVALL GÓMEZ ALLENDE, H. (1998): «Una política integral de protección a las personas mayores dependientes». *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, n° 10, pp. 163-177.

dos por el Estado y el mercado, fundamentalmente.

d) Es evidente que el constante incremento del envejecimiento de la población y de las tasas de dependencia implican una presión demográfica que provocará un aumento de demanda de servicios para personas dependientes por la aparición y cronificación de enfermedades, y un incremento del coste de

estos servicios a causa de dos variables: una el tiempo de la atención y otra, que tiene que ver con la especialización técnica, diagnóstico, cuidados sanitarios y gasto farmacéutico de la misma.

Podemos visualizar de forma más completa estos datos así como las proyecciones en la siguiente tabla.

TABLA 2. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN (1996 2050) Y TASA DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

	1996	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Población total	39,075	39,270	39,942	39,460	38,560	32,323	35,174
Población 0-14 años (%)	6,203	5,932	6,612	6,134	5,496	5,611	5,206
Población 15-59 años (%)	24,549	24,812	23,958	22,860	20,883	18,214	17,591
Población 60-64 años (%)	2,153	1,861	2,207	2,607	2,940	2,823	1,838
Población 65 y más (%)	6,168	6,663	7,165	7,851	9,241	10,676	10,559
Tasa Dependencia	23,1%	25,0%	27,4%	30,8%	38,8%	50,7%	54,4%

*Tasa de dependencia: Población de 65 y más años por cada 100 personas de 15 a 64 años.*  
Fuente: Fernández Cordon JA, 1996.

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

## 2.2. Proyección de desarrollo sostenible

Estas consecuencias derivadas de factores sociodemográficos explican parcialmente que

tanto el sistema público de salud como el sistema público de servicios sociales sean insostenibles en el tiempo; es decir, son susceptibles de entrar en quiebra dado que no podrán seguir recibiendo *inputs* económicos que permitan mantener el principio de universalidad. Los costes se dispararán a no ser que encontremos recursos heurísticos capaces de mejorar su eficiencia manteniendo su sostenibilidad económica, social y política.

El término sostenibilidad encaja perfectamente en el modelo sociosanitario. Con la sostenibilidad se tiende, en primer lugar, a la prevención y a la internalización de los costes sociales derivados de los procesos económicos;



asimismo implica una revisión de los modelos económicos clásicos, a favor de modelos alternativos basados en la innovación, con el fin de superar aspectos de masificación sanitaria como sucede con la atención hospitalaria. La sostenibilidad desde un punto de vista social también conlleva la asimilación real, en términos económicos y políticos, de la persona dependiente psicofísicamente cuando ha perdido su capacidad de autonomía y su utilidad económica.

La reflexión previa, por lo demás coherente con las que hemos planteado al principio, es: ¿queremos crecer o queremos desarrollarnos?; ¿pretendemos que nuestros sistemas social y sanitario por separado se incrementen exponencialmente, sirviendo su mensurabilidad como racionalización de la oferta del Estado y del mercado?; ¿no implicaría ello una satisfacción de las necesidades de la generación presente, comprometiendo la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer las suyas propias? Pues bien, creemos que es cierto que necesitamos crecer; la clave está en cómo queremos hacerlo y ese cómo está íntimamente relacionado con el concepto de desarrollo humano. A la base del concepto acuden, con el fin de que el desarrollo humano sea sostenible, tres pilares: la participación, la justicia social y la eficiencia. Va a ser muy difícil seguir manteniendo el principio de justicia social sin que haya al mismo tiempo sostenibilidad económica y equidad. Creemos que el modelo sociosanitario sostenible también cumple este requisito, ya que 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.

### 2.3. Obtención de máxima eficiencia

¿Cómo podemos ser eficientes dentro de un modelo sociosanitario? La respuesta se dirige, en la actualidad, a la posibilidad de me-

dición 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 y el sistema público de servicios sociales.

El sistema público de salud lo hace a través de:

1. Las prestaciones económicas.
2. Prestaciones en especie.
3. Hospitalización.

En las prestaciones económicas, incrementando el pago a cuidadores tanto en las pensiones contributivas como no contributivas de invalidez de la Seguridad Social. Las prestaciones en especie ocasionales con asistencia personal y domiciliaria, atención especializada diurna y residencial, ayudas técnicas, tratamientos de rehabilitación, ayudas a la movilidad, transporte para asistencia a servicios, entre otros. La hospitalización que engloba los hospitales de agudos, los hospitales de crónicos, hospitales de media y larga estancia, hospitales de día, hospitalización a domicilio y las unidades de cuidados paliativos.

Dentro del sistema de servicios sociales, a través de los recursos de atención primaria y especializada. Entre los recursos de atención primaria está el servicio de ayuda a domicilio y la teleasistencia. Entre los especializados, las residencias, las viviendas tuteladas, y los centros de día, fundamentalmente.

Por su parte, el mercado también está ampliando su oferta por la vía de la capitalización planteando varias modalidades, desde el reembolso de gastos, pasando por la prestación de servicios, las ventajas fiscales para las personas que contraten pólizas de seguros de dependencia, hasta los hospitales y residencias privadas.

Por lo que respecta al sistema de servicios sociales, España tiene alrededor de 188.913 plazas residenciales, según datos estadísticos aportados por el IMSERSO en mayo de 1999.

El total de centros residenciales asciende a 3.689, de los cuales el 31% (841) son de titularidad pública, mientras que el 69% (2.840) son de titularidad privada<sup>3</sup>.

TABLA 3. OFERTA DE PLAZAS RESIDENCIALES EN ESPAÑA EN 1998

	T. Pública	T. Privada	Total
Centros	841	2.840	3.689
Plazas	58.493	130.420	188.913
%	31%	69%	100%

Fuente: *Elaboración propia con datos del IMSERSO. Mayo de 1999.*

Como se puede comprobar, más de las dos terceras partes de esas plazas son de titularidad privada; el coste día/usuario de la estancia varía en función tanto del número de plazas de las residencias como del grado de dependencia de los usuarios (ya sean válidos o asistidos), pero podría situarse en 7.000 ptas., es decir, unos 2.500.000 al año/plaza. Un Servicio de Ayuda a Domicilio no descien-de de 350.000 ptas/año. Una hospitalización viene a costar al sistema público de salud entre 40 y 60.000 ptas/día. Es decir, una cama hospitalaria tendría en el caso más eficiente un coste año medio de 14 ó 15 millones.

Observamos con estos datos que el gasto social residencial se dispara, pero se incrementa en casi seis veces más el gasto hospitalario<sup>4</sup>, sobre todo para el caso de crónicos,

<sup>3</sup> En la Comunidad Valenciana tiene 603.143 personas mayores de 65 años, que representan el 15,17% de su población. Tiene 243 centros residenciales y un total de 13.585 plazas (4.317 públicas y 9.268 privadas), con una ratio de 2,25 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. Ello significa que esta Comunidad Autónoma debería construir aproximadamente 3.400 plazas residenciales para alcanzar el ratio medio de 2,98 de oferta residencial en todo el territorio español.

<sup>4</sup> El gasto en sanidad según los presupuestos generales del Estado para 1999 asciende a 4.122.839 (millones de pesetas), y 8.814.090 en pensiones.

porque no hay alternativas sociosanitarias que cubran necesidades de estos enfermos con elevado grado de dependencia. Al no haber un amplio y accesible sistema de servicios de ayuda a domicilio, y existir un elevado grado de descoordinación entre los sistemas de asistencia sanitaria primaria y el sistema de servicios sociales generales, los ancianos recurren al ingreso en hospitales para salir de una situación desesperada.

Junto a los factores económicos relacionados con el coste, se añade otro de naturaleza sociosanitaria relativo al incremento imparable de las tasas de dependencia. La dependencia surge cuando una persona requiere en mayor o menor grado la ayuda o la supervisión de otras para poder realizar las tareas y actividades de la vida cotidiana. Esas tareas son las básicas o instrumentales para desenvolverse de forma autónoma. Es preciso aclarar conceptualmente que la dependencia se refiere fundamentalmente a criterios clínicos y funcionales, pero también incluye criterios físicos, mentales, económicos y culturales. Puede estimarse que España tiene dos millones de personas con problemas de dependencia, que en su mayor parte pertenecen al grupo de mayores de 65 años, pero no exclusivamente.

Entre los indicadores, que pueden ser válidos para predecir la dependencia futura, tendríamos que valorar los siguientes:

- Vivir solo.
- Muerte de un familiar o de la pareja.
- Tener más de 70 años.
- Padecer enfermedades físicas y/o psicológicas crónicas.
- No tener movilidad.
- No tener familia extensa.
- No tener vecinos.
- Padecer problemas funcionales.
- Problemas económicos.

En definitiva, el problema de la dependencia no es exclusivamente ni puede abordarse únicamente desde una perspectiva sanitaria, sino dentro de un modelo sociosanitario por una serie de razones:

- En primer lugar, porque incluye cuidados médicos, pero también personales, domésticos, de alojamiento y psicológicos.
- Y, en consecuencia, porque los cuidados de larga duración constituyen un problema de multi-servicio cuya oferta exclusiva desde el sistema público de salud es imposible por su estructura y elevado coste, al tiempo que disminuyen las ayudas informales de las redes primarias por los factores sociales e indicadores demográficos expuestos.

## 2.4. Tendencia hacia la innovación y calidad total

La teoría del caos o de la complejidad<sup>5</sup> constituye un ejemplo significativo de lo que representa la construcción y el diseño de re-

<sup>5</sup> MILLER, W.L. et al. (1998): «Understanding change in Primary Care Practice Using Complexity Theory». *The Journal of Family Practice*, vol. 6, n.º 5 (May).

curso sociosanitario desde una perspectiva innovadora. Para la innovación es requisito imprescindible buscar interdependencias entre disciplinas, lejos de la linealidad causa efecto determinista y de una disciplina que choca frontalmente contra la dinámica de los sistemas. En las relaciones no lineales, la sorpresa es la norma y las acciones y las conductas más insignificantes tienen efectos dramáticos o sorprendentemente positivos. Cada persona conforma un sistema adaptativo complejo, un ecosistema que busca mantener un orden, pero todo es tan complejo que incluso cada tarea o conducta por insignificante que sea constituye un conjunto de procesos que configuran un modelo interno específico, pero interdependiente. 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.

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

a) Creando programas y recursos de naturaleza sociosanitaria localmente accesibles, lo cual disminuiría el gasto sanitario con la liberación de camas hospitalarias, aumentando los recursos estrictamente sociales.

b) Racionalizando y reordenando recursos de ambos sistemas.

Con respecto al punto de creación de programas y recursos sociosanitarios, nuestra propuesta se concretaría con la puesta en marcha de:

- Programas de Apoyo a Mayores y Enfermos Semidependientes (Programa PAMES) que viven solos o con su conyuge, por medio de prestaciones económicas en función de su renta y grado de dependencia, y en especie, a través de Teleasistencia, Atención Sociosanitaria a Domicilio, Servicio de *Catering* y Lavandería, Ayudas Técnicas para la Adaptabilidad y Accesibilidad del domicilio, Estancias Diurnas o Viviendas Tuteladas.
- Programas de Apoyo Sociosanitario a Familias Cuidadoras de Enfermos Dependientes (Programa FACED). Serían familias acogedoras previamente seleccionadas y apoyadas a través de prestaciones económicas y en especie con cursos de Formación de Cuidadores, con Programas de Respiro (estancias nocturnas, diurnas, fin de semana), Atención Socio-sanitaria a Domicilio, Hospital de día, Centro de Día y Ayudas Técnicas para la Adaptabilidad y Accesibilidad del Domicilio.
- Creación de Unidades Socio-sanitarias (UNSOSA<sup>6</sup>), que albergarían alrededor de 20<sup>7</sup> enfermos crónicos que, careciendo de apoyos familiares y sociales, se encuentran hospitalizados, pero que no requieren la infraestructura ni los recursos propios del hospital.

Estos recursos sociosanitarios tendrían una serie de inconvenientes que habría que salvar, entre los que se encuentran:

- La formación reglada universitaria tiene pocas disciplinas científicas con contenido transversal sociosanitario. Por consiguien-

<sup>6</sup> La elaboración conceptual de la UNSOSA la están realizando los autores de este artículo conjuntamente con Julio Marín Pardo, Catedrático de Medicina de la Universidad de Valencia.

<sup>7</sup> El número de 20 usuarios por UNSOSA se ha considerado idóneo para equilibrar calidad y eficiencia en la gestión y en la atención asistencial.

te, habría que fomentar la formación no solamente universitaria sino nuevos perfiles de formación profesional técnicamente capacitados en el campo de la salud y del trabajo social al mismo tiempo.

- Existen pocos estudios sobre perfiles de familias cuidadoras, y cuál sería el más idóneo en función de variables de género, edad, ocupación, formación y condiciones materiales.
- Los Derechos Laborales y de Seguridad Social para las familias cuidadoras formales e informales deberían revisarse tanto en materia de flexibilidad y reducción de la jornada laboral para trabajadores cuidadores y cuidadoras que tengan a su cargo personas o enfermos dependientes, como en permisos remunerados, extendiendo los beneficios de la excedencia forzosa a la de la excedencia voluntaria.
- La normativa sobre cuidados sociosanitarios es prácticamente inexistente aunque el Plan Estratégico del Insalud contempla su coordinación sociosanitaria.
- La Administración debería tener previstos sistemas de control e inspección para estos recursos, así como las sanciones.

Sin embargo, y como la innovación no se implementa de manera inmediata, hará falta reorganizar y reordenar paralelamente los recursos, la gestión compartida, los programas, los protocolos, la formación de profesionales y la cofinanciación de ambos sistemas: el de salud y el de servicios sociales.

La racionalización del Sistema Público de Salud es factible creando una serie de condiciones para que una parte importante de las demandas sean tamizadas y transferidas al sistema público de servicios sociales, que redundaría en una optimización de los recursos existentes. Entre las medidas podríamos citar:

- Adecuar de manera rigurosa la utilización de los servicios y equipamientos en función del grado de dependencia y perfil del usuario, optimizando los baremos de acceso.
- Impulsar el recurso del acogimiento familiar para mayores válidos en el ámbito local.
- Extender el Servicio de Ayuda a Domicilio para mayores válidos que viven solos o acompañados con alto grado de autonomía.
- Reconvertir un porcentaje las plazas de válidos de las residencias de mayores en plazas de asistidos, como mecanismo de optimización e incremento de la rentabilidad y autonomía de las plazas hospitalarias. Ello supondría un coste adicional en adaptación de centros y formación de plantilla de personal, pero a la postre redundaría en una racionalización y aumento de la eficiencia sociosanitaria.
- Apostar por residencias a pequeña escala para válidos, con un máximo de aproximado 50 plazas donde se puedan implantar criterios de calidad asistencial que tienda a contener la entrada compulsiva del mercado en este campo.
- Ofrecer servicios de calidad. La base científica de nuestros conocimientos aplicada localmente es la que aportará capacidad técnica inmediata de innovación tecnológica. Y ésta tendrá que estar necesariamente vertebrada por la calidad. En ella radica nuestra fuerza y en la capacidad de ofertar servicios basados en la calidad total y la excelencia. En nuestra opinión la excelencia queda supeditada en el modelo sociosanitario a una metodología de intervención asistencial de pequeña escala, local, con unidades de gestión flexibles.

Haciendo investigaciones evaluativas constantes sobre aquellos factores científico-técnicos, de relación interpersonal y del en-

torno, que componen la satisfacción percibida por los que utilizan los servicios sociosanitarios, podremos identificar variables intervinientes en la consecución de la calidad y la excelencia. Estos factores posibilitarán una optimización de la gestión y una transferencia tecnológica hacia otras áreas de conocimiento afines. En este sentido es muy importante que el modelo sociosanitario en el caso de que las intervenciones sean residenciales se investigue y evalúe sobre:

a) Las variables que optimizan el apoyo psicológico y social de los enfermos, que a su vez están mediatizadas por cómo las auxiliares les hablan, escuchan, ofrecen cariño y afecto o se preocupan por la salud de las personas receptoras del servicio, estableciendo una relación interpersonal humana finalista y no instrumental.

b) Las variables que optimizan una relación ética entre ambos, basada en la confianza mutua, el respeto en público y en privado, la discreción, la información sobre sus derechos, así como el seguimiento de su estado en caso de hospitalización.

c) Cómo se activa y mantiene su auto-estima, las potencialidades y habilidades de la persona desde una perspectiva psico-fisioterapéutica, que posibilite reforzar la percepción de control sobre sí mismos y sobre su contexto.

En este mismo sentido, si las intervenciones de nuestro modelo son extraresidenciales o domiciliarias, los estudios de evaluación y seguimiento en aras de la consecución de máxima calidad, tendrán en cuenta tanto factores relativos al apoyo psicosocial como las relaciones basadas en la confianza y el respeto del auxiliar hacia la persona, como en el caso de la intervención residencial. Pero a estos factores tendrán que añadir programas de formación y especialización hacia los auxiliares en materia de destrezas socio sanitarias.

La calidad asistencial domiciliaria implicará el conocimiento específico de habilidades

sobre todas aquellas tareas instrumentales de carácter personal que posibiliten aumentar la satisfacción de las personas cuando se les ayude en su higiene personal. Y no sólo eso, sino también cómo las profesionales informan acerca de la estructura del servicio: organización, dedicación horaria, priorización de tareas, puntualidad e incluso cómo prefiere el cliente empezar o terminar el servicio domiciliario diario. La objetivación y puesta en práctica a través de programas de formación, así como su evaluación constante constituye un indicador de calidad total.

## 2.5. Ubicación local

Invertir en lo local es de hecho seguir las recomendaciones de la Comisión Europea para crear empleos y servicios de proximidad. Se trata de los Nuevos Yacimientos o Cuencas de Empleo descritos en el informe Délors sobre el empleo en Europa, y que son definidos como aquéllos donde el espacio entre el que recibe el servicio y el que lo presta es inexistente. La Comisión Europea apuesta en este momento por la creación de empleo en los ámbitos relacionados con:

- La cultura, la restauración del patrimonio cultural y las actividades lúdicas.
- El medio ambiente, gestión de residuos, agricultura ecológica y alimentación artesanal.
- Los servicios de atención y relación personal<sup>8</sup>.
- Los servicios que mejoren las comunicaciones, los equipamientos, servicios y espacios públicos.

Desde nuestra área de conocimiento y profesional interesa centrarnos en el apartado que hace referencia a los servicios de atención relacional y personal, que conllevarán un incremento en los servicios a domicilio, cuidado de personas mayores, guarderías,

servicios de *catering* y a la creación de unidades comunitarias de servicios de proximidad de carácter sociosanitario.

En realidad, el localismo supone una característica del modelo que tiene que ver directamente con su eficacia y su eficiencia. La institucionalización es en la mayoría de los casos una fuente de estrés. 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 de un 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 idóneo 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. Esto es efectividad y sostenibilidad al mismo tiempo.

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 auto-gestión 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, es decir compactando los programas sociales

<sup>8</sup> Dentro del Plan Nacional de Acción para el Empleo de 1999, y en la directiva 13 relativa a «Desarrollo del empleo en el sector servicios» se tiende hacia una serie de acciones encaminadas a potenciar la ayuda a domicilio, el apoyo a la unidad convivencial y a la creación de centros sociales de estancia diurna.

como son los de trabajo, educación, salud, vivienda, maximizando objetivos y rentabilizando recursos. Es así como construiremos el sistema público de bienestar local. Estos procesos necesitan un estudio urgente y posterior legislación al respecto, lo que facilitaría la eliminación progresiva de los problemas de organización de ambos sistemas, el de salud y el de servicios sociales, que siguen funcionando en niveles primarios y de derivación secundaria aumentando su ineficacia con elevados costes económicos y de calidad. Dentro de la perspectiva ecológica de los servicios sociales<sup>9</sup>, nuestro modelo apuesta por los recursos de pequeña escala y geográficamente accesibles.

### 3. LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO SOCIOSANITARIO: LA UNSOSA

En este tercer punto relativo a la implementación del modelo sociosanitario, esbozamos, a modo de ejemplo, la creación de un nuevo recurso destinado a la asistencia de enfermos crónicos. Los crónicos constituyen un grupo de enfermos que se mantienen en el sistema hospitalario convencional porque no hay diseñados recursos adecuados en el espacio socio sanitario y porque el sistema público de servicios sociales no ha alcanzado la infraestructura adecuada para atenderlos en un contexto comunitario.

La UNSOSA tendría como objetivo ofrecer un servicio integral a este tipo de enfermos que al superar la fase aguda de su enfermedad deberían regresar a sus domicilios en condiciones de normalidad. Justamente cuando estas condiciones no ocurren, por diferentes causas de naturaleza socioeconómica, de alojamiento, familiares, etc., es cuando debemos activar programas sociosanitarios comunitarios.

<sup>9</sup> Véase el capítulo «Ideologías y política social» de GARCÉS, J. y DURÁ, E. (1998), dentro del libro *Política Social*, editado por McGraw Hill.

En este caso, constituiría un recurso para afrontar en condiciones óptimas la cronificación de su enfermedad y la convivencia, tanto por el elevado grado de dependencia que genera aquella como por las condiciones sociales y técnicas derivadas de la misma. Una de las aportaciones más destacables de la UNSOSA es que activaría aspectos relacionados con la integración social y la relación interpersonal que repercutirían positivamente sobre la salud y el bienestar biopsicosocial de estas personas.

La UNSOSA (Unidad Socio Sanitaria) sería un recurso donde convergerían todas las características anteriormente señaladas; a saber: ofrecer al mismo tiempo asistencia social y sanitaria; sostenible desde el punto de vista económico y humano; ser eficiente porque reduciría a la mitad el coste de una cama hospitalaria convencional; y especialmente, se trataría de una alternativa innovadora desde la tecnología sociosanitaria, ya que se plantea como un recurso a pequeña escala en el marco de una política socioecológica que apuesta por servicios accesibles inscritos en el ámbito local.

Los beneficios que se lograrían al implantar este nuevo recurso desde un punto de vista humano y socio-económico, serían, entre los más destacados: ofrecer una asistencia digna a los enfermos crónicos evitando derivaciones hacia otros recursos inapropiados; dar respuesta al problema de la soledad y la falta de atención socio-familiar; aumentar la calidad de vida y de muerte de los enfermos crónicos; racionalización económica de los sistemas de salud y de servicios sociales; eficiencia en la gestión de recursos e innovación en la red sociosanitaria.

### 4. CONCLUSIONES

Es necesario superar el debate entre Estado del Bienestar y Sociedad del Bienestar y ubicarse en el pluralismo del bienestar, apostando por las actuaciones eficientes con parti-

cipación entre el Estado, sociedad y mercado. En esta fase es imprescindible partir de un paradigma heurístico que posibilite recursos y modelos de intervención nuevos y comprobados experimentalmente, dentro de un área de conocimiento joven pero en crecimiento, como es la de Trabajo Social y Servicios Sociales. Para ello es importante crear centros de investigación e innovación tecnológica capaces de diseñar los recursos futuros del sector sociosanitario. Y, sobre todo, cuando la existencia de indicadores demográficos relativos a edad y tasas de dependencia en las personas mayores posibilitan predecir que éste será un sector servicios con indudable futuro político, social y económico.

La propuesta que hacemos es la de un modelo sociosanitario capaz de ejercer transversalidad y transdisciplinariedad entre el sistema de salud y el de servicios sociales, en programas y recursos para enfermos crónicos innecesariamente hospitalizados. El modelo

sociosanitario se asienta en cuatro pilares: la sostenibilidad, concepto aplicado por los expertos medioambientales, pero que tiene sustancialmente connotaciones sociales ineludibles desde el momento que conlleva la asimilación real (en términos socioeconómicos y políticos) de la persona dependiente psicofísicamente cuando ha perdido su capacidad de autonomía y su utilidad económica<sup>10</sup>; la eficiencia, a través de la reordenación y coordinación de los recursos y programas de los sistemas social y sanitario; la innovación, por medio de aportaciones teórico-prácticas recíprocas desde distintas disciplinas y la aplicación de programas de evaluación de la calidad total y la excelencia de recursos. En este sentido, este artículo intenta aportar ideas para diseñar nuevos programas comunitarios de tipo sociosanitario como estas unidades sociosanitarias que podrían aplicarse desde un ámbito local, lo que haría del programa o del recurso un instrumento humano, sostenible, eficiente.

<sup>10</sup> Tanto BUTLER (1987) como PALMORE (1990) y últimamente WILLIAMS, A. y GILES, H. (1998) en su capítulo «Communication Ageism», ya han puesto de manifiesto el ageismo como forma de prejuicio y actitudes contra las personas mayores en las sociedades occidentales. Consultar el libro de HECHT, M. (1998) (Ed.): *Communicating prejudice*. Sage Publications. London.



**RESUMEN** El artículo sienta las bases teóricas del modelo sociosanitario capaz de hacer frente al problema de la dependencia (futura exclusión) desde el ámbito local y comunitario. El «modelo sociosanitario sostenible», desde una perspectiva económica y humana tiene que apoyarse en el paradigma heurístico y en el ecopluralismo, que desde nuestro punto de vista estaría vertebrado, por los siguientes parámetros: (a) innovación, (b) máxima descentralización (proximidad), (c) autogestión, (d) unidades y centros de organización sociosanitaria reducidas en cuanto a tamaño, (e) eficiencia y (d) calidad total. El modelo sociosanitario será sostenible si se organiza a partir de la racionalización y reordenación de los recursos de ambos sistemas: el social y el sanitario y, por consiguiente, creando las condiciones para que una parte importante de las demandas que ahora son tratadas desde el modelo hospitalario sean transferidas al modelo sociosanitario, lo cual redundaría en una optimización de los recursos existentes en los dos sistemas.