

## Una revisión del espacio sociosanitario a la luz de la Ley de Autonomía Personal

### Sr. Editor:

La próxima aprobación de la Ley de Autonomía Personal obligará a una revisión del llamado espacio sociosanitario tal como hoy éste se entiende. Esta revisión ya era necesaria sin la ley, pero, con ésta, se hace imprescindible. La asistencia sociosanitaria aparece como concepto en Cataluña en 1986 cuando se aboga por la integración de los servicios sociales y sanitarios en una única prestación bajo la triple orientación de prevenir la cronificación, propiciar un aumento de la salud de los mayores y potenciar la rehabilitación y restablecimiento de la salud de las personas. El programa *Vida als Anys* fue el instrumento del que se dotó en aquel entonces la asistencia sanitaria en Cataluña para hacer efectivos estos objetivos.

A partir de aquí, el modelo catalán ha sido el espejo en el cual se han mirado todos cuantos han tratado de poner en marcha en el ámbito de su responsabilidad un programa de este estilo, sin tener en cuenta sus peculiaridades. No hay que olvidar que la red de dispositivos sociosanitaria catalana tuvo su origen en la adaptación a este tipo de actividades de unos hospitales de agudos a los que la primera acreditación de centros que se realizó en Cataluña negó la autorización administrativa para tal fin, y esta reconversión permitió salvar unas infraestructuras sanitarias y puestos de trabajo, dando un servicio necesario y hasta entonces no cubierto. Se creó pues estructuralmente un espacio sociosanitario que se situó entre el sanitario y el social.

El problema es que no existen en mi opinión estos 3 espacios (el social, el sanitario y el sociosanitario), sino que existen sólo 2: el social y el sanitario, pero ambos obviamente no son separables, sino que tienen en todos los casos un fuerte solapamiento a partir de una concepción holística del hombre y de su biografía entendida de forma longitudinal y no como una suma de episodios aislados.

El ámbito social se ocupa de la dependencia sea ésta cual sea (mayores, discapacitados, crónicos, drogodependientes, etc.), mientras que el ámbito sanitario se ocupa de la enfermedad. Es en el caso en que concurren dependencia y enfermedad cuando debe buscarse una solución al concepto de integralidad, pero no creando un espacio ad hoc para ello con unos dispositivos asistenciales propios, sino buscando un nuevo paradigma basado no en la provisión sino en los procesos de valoración,

diagnóstico y acceso a esta provisión desde la perspectiva de un gestor del caso que se ocupe desde la biografía de la trayectoria asistencial a partir de las carteras de servicios de uno y otro ámbito proveída por los recursos de uno y otro espacio.

El nudo gordiano de esta propuesta está en buscar este espacio que para mí es «virtual» desde la posición de la gestión del caso y no de la provisión de los servicios, y el núcleo básico sobre el cual estructurar esta propuesta es la conexión, incluso en el mismo espacio físico, de los equipos de atención primaria y los servicios sociales de asistencia primaria.

Obviamente, un planteamiento de este estilo refuerza la conveniencia de la unificación de los recursos sociales y sanitarios no bajo una Consejería de Sanidad o Salud y otra de Bienestar Social, sino en una Consejería de Servicios Personales que fusione varios ámbitos desde la valoración de la necesidad y la asignación del recurso preciso para subvenirlo. Las coordinaciones o las agencias interdepartamentales, basadas en la buena voluntad unas y en la lealtad institucional otras, son de éxito más que dudoso, como la experiencia nuestra.

De este modo no queda duda: la convalecencia, los llamados cuidados subagudos y cuidados paliativos, son 100% sanitarios, y para atenderlos no deben crearse «centros sociosanitarios» químicamente puros vinculados a uno u otro ámbito. Su atención debe hacerse en centros de agudos, con recursos provenientes de la transformación de camas de medicina interna en este tipo de atención y con un paradigma asistencial con predominio del cuidar y unos protocolos de entrada claros y rigurosos. Las camas de larga estancia, junto con el resto de prestaciones incluidas en una cartera de servicios que cubra todas las necesidades semiinstitucionales e institucionales derivadas de la dependencia en concordancia con el ciclo vital de las personas, deberán situarse en unos centros que, dependientes de la esfera social, podrían denominarse «centros polivalentes» (desde la residencia asistida a la psicogeriatría y el Alzheimer), que también deberán proporcionar hospital de día, respiro, atención domiciliaria para la ayuda a la vida diaria y, si mucho se me apura, la teleasistencia.

Debe proporcionarse en estos centros la atención sanitaria precisa con las alianzas adecuadas con los centros

de agudos en el contexto del continuum asistencial sin caer en el ensañamiento terapéutico ni en la medicalización de estos dispositivos, como está ocurriendo hoy en los denominados centros sociosanitarios.

No, pues, a los centros sociosanitarios químicamente puros, entendidos como guetos que alejan por fuerza a las personas de su entorno habitual y de su contexto afectivo. Sí a los centros polivalentes cuyas atenciones sean la suma de un módulo residencial más uno de dependencia más uno sanitario, que son la respuesta adecuada a una necesidad creciente y hoy por hoy mal atendida.

En este contexto debe reposicionarse también el rol de los especialistas que atienden a las personas tributarias de este tipo de atención y, muy en particular, los geriatras, sobre cuya responsabilidad caerá en buena medida tanto

el que hemos denominado módulo sanitario en los centros polivalentes como el rol de gestor de casos dentro del hospital de agudos y que, en algunos casos, deberá compartir esta función con neumólogos, traumatólogos, etc.

Bienvenida sea la Ley de Autonomía de las Personas. Responde a un problema social que ya hoy es acuciante, y su dimensión crecerá de año en año. El pasado es un referente, pero no la única alternativa. Para hacer cosas nuevas lo difícil no es imaginar otras opciones; lo difícil es olvidar las viejas, y para ello, y en este caso, la premisa de partida es clara. El espacio sociosanitario no existe, es tan sólo virtual.

Francesc Moreu Orobitg

Gestión Sanitaria. Socio Director. Moreu y Asociados.