

IV Jornadas de Intervención y Políticas Sociales, sobre:
Perfeccionamiento de los servicios sociales (en relación con la dependencia)
Madrid, 17-19 de noviembre de 2005

La coordinación estructural de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales

por Fernando Fantova, consultor social

Introducción

Esta intervención nace, en primer lugar, de la preocupación, no sólo ni primeramente intelectual, por las personas de carne y hueso destinatarias de los servicios sanitarios, sociales u otros que pretenden coadyuvar a la mejora de nuestra calidad de vida e integración social. Dicha inquietud la compartimos incluso en sociedades en las que, como es el caso de la española, tienen algún grado de desarrollo los diversos sistemas de protección social de responsabilidad pública: no digamos en lugares donde tales sistemas no existen o apenas son reconocibles.

En todo caso, y sin necesidad de salir ahora de nuestro país, sabemos que muchas personas distan de recibir una respuesta idónea y segura por parte de ese entramado de servicios que podríamos denominar, genéricamente, de bienestar social. Y asumimos (y en parte intentaremos poner de manifiesto) que uno de los flancos más débiles, hoy por hoy, está en la rama de los servicios sociales y en las proximidades de las *fronteras* de esta rama con otras y, singularmente, con la sanitaria.

Por otro lado, en este momento, nos encontramos en España, y en otros países, ante un incremento del interés, el debate y las propuestas acerca de las denominadas *situaciones de*

dependencia (entendida básicamente como necesidad de ayuda importante para las actividades de la vida diaria), particularmente de las personas de edad avanzada. Y ello hace que los servicios sociales y, en particular, esa frontera sociosanitaria de la que hablábamos sean objeto de atención y discusión.

Pues bien, desde el primer momento hemos de decir que esta ponencia está concebida, si se nos permite la expresión, como una ponencia, en cierto modo, *militante*, como un texto que pretende abogar por unas (y no por otras) determinadas maneras de concebir, articular y desarrollar lo sociosanitario: unas maneras, por cierto, que contribuyan a la construcción (y no a la deconstrucción), hoy y aquí, de los servicios sociales en particular y del sistema de bienestar en general.

En una reunión antecedente de este mismo seminario tuvimos ocasión de presentar una breve intervención en la que ya aludíamos a la deconstrucción de los servicios sociales. En aquel caso nos referíamos al hecho de que en el Gobierno Vasco (y, posteriormente, en la Diputación Foral de Gipuzkoa) se había ubicado en un departamento la responsabilidad sobre servicios sociales y en otro diferente todo lo relacionado con la *inserción social*. Aquella sesión, sin embargo, fue ocasión apropiada para que varias entre las personas asistentes aportaran información sobre otras iniciativas también deconstructoras.

En el caso que hoy nos ocupa, la amenaza para el proceso de construcción de la rama y de los sistemas de servicios sociales podría venir, sin embargo, de algunas de las concepciones y respuestas que se están planteando en torno a las situaciones de dependencia y a la cuestión sociosanitaria. Por ello queremos presentarlas, discutir las e intentar proponer como plausibles aquellas miradas e iniciativas que nos parezcan más pertinentes y eficientes para la consolidación de los servicios sociales, del conjunto del entramado de servicios de bienestar y, en definitiva, para una respuesta idónea y sostenible a las necesidades y demandas de esas personas de carne y hueso de las que comenzábamos hablando.

Esta intervención, de autoría y responsabilidad individual, ha sido elaborada en diálogo con Demetrio Casado, en el marco del trabajo continuo del Seminario de Intervención y Políticas Sociales. También se ha beneficiado de las aportaciones de Emma Sobremonte.

Muchas gracias a los dos. Se trata, en todo caso, de una aportación tentativa, realizada desde un marco, en buena medida, de teoría de la organización y abierta, sobre todo, al contraste con las valiosas y diversas experiencias prácticas realizadas hasta el momento o realizables en el futuro.

Necesidades sociales y respuestas desde los sistemas de bienestar

Como ha señalado Gregorio Rodríguez Cabrero, “las necesidades sociales son producidas históricamente, jerarquizadas socialmente, no reducibles a deseos o simples expectativas (...). En las sociedades industriales de consumo de masas se inscriben contradictoriamente en complejos espacios interrelacionados: el espacio simbólico del deseo multiplicado por el marketing empresarial, el espacio normativo de los servicios públicos de bienestar y el espacio convencional de la producción de necesidades en el seno de las familias y pequeños grupos” (Doyal y Gough, 1994: 12-13).

Si esto cabe decir de las necesidades sociales, no parece difícil afirmar que las respuestas que se articulan para darles satisfacción y, en particular, la estructuración de las ramas o subsistemas de bienestar social también serán producidas históricamente y, por tanto, contingentes, discutibles y modificables. Ello cabe decir, por tanto, de la división, que podríamos considerar clásica en nuestro entorno cultural y político-social entre lo relacionado con la educación, la sanidad, la vivienda, el empleo, las pensiones y los servicios sociales.

Ahora bien, tampoco podemos olvidar que la construcción de ramas de servicios o de subsistemas dentro del sistema de bienestar social, como cualquier desarrollo institucional, es un proceso lento y costoso en la medida en que involucra el desarrollo de infraestructuras materiales, estructuras organizativas y administrativas, tecnologías y culturas que se convierten en soportes y mediaciones para las prestaciones que se entregan o las actividades que se realizan y, en definitiva, para los servicios que se ofrecen en dichas ramas o sistemas.

Y es que parece inevitable que en la organización social (y, especialmente en la estructuración de las administraciones públicas) se articulen ramas especializadas caracterizadas por ensamblajes peculiares de necesidades y respuestas o de fines y medios,

de modo que las personas, según cual sea su situación o su demanda, puedan saber a dónde deben acudir. Lógicamente la realidad social siempre va a ser más compleja y no se va a dejar atrapar por la lógica organizativa de las ramas o los sistemas y de ahí que encontremos fenómenos y problemas que son más y menos adecuadamente abordados en función de la organización o estructuración que se da en cada momento y lugar.

Pues bien, esos soportes o mediaciones de carácter estructural constituyen nuestro objeto de atención en este texto y, singularmente, en lo relativo a dos de las ramas entre las seis evocadas: la de la asistencia sanitaria y la de los servicios sociales. Y a la hora de fijarnos en estas dos ramas de actividad, en un contexto como el español, miraremos principalmente a los subsistemas públicos de servicios sociales y sanitarios, por la importancia cuantitativa y cualitativa del sector público en ambas ramas en sociedades como la nuestra y, en particular, por su carácter referencial para lo relacionado con la coordinación entre la asistencia sanitaria y los servicios sociales.

Servicios sanitarios y servicios sociales

Pues bien, a la hora de aproximarnos a estos dos subsistemas e intentar, de partida, definirlos, hemos de hacerlo notando que, si bien ambos están establecidos como tales en nuestro entorno, los servicios sociales, hoy y aquí, son mucho menos conocidos que los sanitarios, están menos estructurados e institucionalizados, tienen menor envergadura e incluso que hay en torno a ellos mucha más confusión a la hora de conceptualizarlos.

Como botón de muestra recojamos la definición de servicios sociales que se da en el más reciente estudio global sobre el sector que ha sido publicado en la Comunidad Autónoma del País Vasco. En él, tomando la definición usada por el organismo encargado en dicha Comunidad de la estadística de servicios sociales se dice que éstos son “aquellas actividades desarrolladas por organismos, empresas e instituciones que tienen por vocación aportar un conjunto de servicios, prestaciones y programas al conjunto de la población, haciéndolo de forma prioritaria a aquellas personas y grupos sociales que por su edad, discapacidad, condiciones socio-económicas o situación de marginación, precisen de un apoyo específico que les garantice su derecho a un pleno y libre desarrollo” (Ikei, 2005: 11). Leyendo estas líneas se nos antoja imposible saber qué son los servicios sociales.

Como alternativa, proponemos la siguiente definición compartida en una publicación reciente en la que hemos participado, en la que conceptualizamos los servicios sociales en términos de: “prestaciones técnicas y otras actividades en las que se brinda ayuda o apoyo, fundamentalmente relacional y de proximidad, para la cobertura de carencias y el desarrollo de potencialidades en lo que tiene que ver con la autonomía (o dependencia) personal y la integración (o exclusión) comunitaria y social en general” (Casado y otras, 2005).

Si en el caso de los servicios sociales estamos dando como referencia la autonomía personal y la integración social, el referente para las prestaciones y actividades del sistema sanitario sería la enfermedad y, sobre todo, la salud, término para el cual podemos encontrar definiciones más restrictivas (en términos de ausencia de patologías) o más ambiciosas (en términos, por ejemplo, de calidad de vida).

Cabe decir, por tanto, que los procesos de estructuración, desarrollo e institucionalización de los sistemas de bienestar social en nuestro entorno han conducido a una situación en la que resultan reconocibles y diferenciables los servicios sociales y los servicios sanitarios (para quienes los estudiamos y, lo que es más importante, para sus usuarias y usuarios). Ello ocurre, siguiendo lo que antes decíamos, en función de las necesidades y demandas a las que pueden dar respuesta estas ramas y en función de la articulación de recursos, procesos y efectos que resulta característica de cada una de ellas. Sin embargo, constatamos que, en el caso de los servicios sociales, se puede decir cabalmente que se trata de una rama en construcción, frágil, todavía joven y necesitada, por ello, de una atención especial.

Prestaciones y actividades en los servicios sociales y sanitarios

En este tipo de entramados de bienestar, podríamos decir que cada una de las ramas o subsistemas contiene o aporta algunas prestaciones o actividades que le son más características o idiosincrásicas. Así, una intervención quirúrgica, por ejemplo, vendría a ser muy típica del sistema sanitario. Del mismo modo, el acompañamiento social sería muy propio de los servicios sociales. Ahora bien, tan cierto como esto es que ninguna rama o sistema puede funcionar si únicamente brinda esas prestaciones o actividades

idiosincrásicas o típicas, ya que necesita, al menos, estos tres tipos de prestaciones o actividades (DFB-DAS y otras, 2005):

- Actividades de gestión y gobierno (necesarias en cualquier organización).
- Prestaciones o actividades de soporte o apoyo (pensemos en el alojamiento o la alimentación que se brinda en muchos servicios sociales o sanitarios y que, dicho sea de paso, no son más soporte para (o más parte de) los servicios sociales que de o para los sanitarios).
- Prestaciones o actividades típicas o características de otros subsistemas (por ejemplo, la enseñanza a niñas y niños en un hospital o la atención médica en un servicio social de carácter residencial para personas en situación de dependencia).

Así pues, esas prestaciones o actividades que hemos considerado características o típicas de cada una de las ramas o sistemas se integran junto con otras prestaciones y actividades de los tipos que hemos mencionado y lo hacen en forma de *servicios* reconocibles y accesibles para las ciudadanas y ciudadanos (por ejemplo: hospital, residencia, servicio de ayuda a domicilio, centro de salud) que vienen a ser *paquetes* estructurados y decantados de prestaciones o actividades de diferente naturaleza. Y subrayamos que, al hacerlo dentro de una rama o sistema, pueden incorporar, en muchas ocasiones, prestaciones y actividades típicas o características de otras ramas o sistemas.

Nos parece necesario hacer notar, en este momento, que estas ramas o sistemas que venimos mencionando no se definen, en ningún caso, por un determinado segmento, sector o colectivo de destinatarias y destinatarios. En todos los casos hablamos de ramas o sistemas universales en el sentido de que, por vocación, se ofrecen a toda la población que hará uso de ellos en función de sus necesidades y recursos. De ahí, por ejemplo, el error a nuestro juicio de hablar de un supuesto *sistema de atención a la dependencia*, entendido como una rama más en esta clasificación de la que venimos hablando o, dicho en una expresión no infrecuente (IMSERSO, 2004: 89), como el *cuarto pilar* del sistema de bienestar (junto a educación, sanidad y pensiones), cuando las personas en situación de dependencia son, lógicamente, destinatarias de todos los sistemas o ramas. Por lo mismo las políticas en relación con la dependencia serían, usando una expresión bastante de moda, *transversales*, en el sentido de que atravesarían todas las ramas o subsistemas.

Sea como fuere, el encuadramiento de una determinada prestación o actividad en un determinado *paquete* (servicio o por ejemplo, centro) es algo que se va dando en un proceso de desarrollo institucional y decantación social. Lo mismo cabe decir para la articulación o incardinación de un determinado tipo de servicio o centro en una u otra rama. Lógicamente la presencia y relevancia de esas prestaciones o actividades que hemos denominado características de la rama o sistema incrementará las probabilidades de que un servicio o centro sea parte de dicha rama o sistema. Sin embargo, por ello mismo, es natural que en las proximidades de las fronteras entre sistemas, aparezca la duda o la controversia que podríamos formular en los siguientes términos: ¿hasta qué punto un servicio de una rama puede incorporar prestaciones o actividades típicas o características de otra rama sin transformarse en un servicio que estaría mejor encuadrado en la otra rama? O incluso: ¿habría que poner en cuestión la división de ramas o sistemas de la que venimos hablando?

Contexto de aparición y desarrollo de la preocupación sociosanitaria

No por azar hemos evocado párrafos atrás la cuestión de la dependencia pues ese fenómeno es, seguramente, el que en mayor medida ha venido suscitando, suscita y suscitará el interés y la preocupación por la coordinación entre la asistencia sanitaria y los servicios sociales. Sin embargo, como veremos más adelante, sería un error pensar que es el único fenómeno, necesidad, problema o reto social a relacionar con lo sociosanitario.

Sea como fuere, es interesante detenerse, por un momento, en el contexto en el que aparece la preocupación sociosanitaria, la preocupación por lo que está en las proximidades de la *frontera* entre las dos ramas de las que venimos hablando. Resumiendo mucho diremos que en los últimos años, se produce la confluencia de dos factores que hacen que la dependencia se presente de una forma mucho más intensa y se configure de una manera nueva como objeto de interés y preocupación en el ámbito de la política social:

- Se viene dando un importante aumento del número de personas en situación de dependencia, debido en gran medida al aumento de las posibilidades de supervivencia a muchas enfermedades y accidentes.

- Viene disminuyendo de forma acelerada la disponibilidad de las familias para la ayuda personal (particularmente por parte de quienes venían prestándola: las mujeres), debida, entre otras razones, a importantes transformaciones de las estructuras familiares (básicamente, más familias en las que ambos cónyuges trabajan fuera del hogar, disminución del tamaño de la familia y reducción del número de generaciones que conviven en el mismo hogar).

No parece difícil comprender que la dependencia es uno de los fenómenos que pone en crisis nuestros sistemas de bienestar y que uno de los puntos donde esa crisis se nota más es, justamente, en la frontera sociosanitaria. Las personas en situación de dependencia se configuran como una población que, en muchos casos, va a necesitar con intensidad atención sanitaria y servicios sociales de una previsible larga duración. Siendo además, en términos generales, una población que, por su limitada autonomía, no podrá, fácilmente, circular entre unos servicios y otros sino que más bien requerirá, por decirlo de una manera quizá excesivamente simple, que los servicios se le acerquen, se le aproximen, se le entreguen.

Ciertamente, la cuestión sociosanitaria aparece en el debate de la política social muy vinculada a la prolongación de los cuidados (se ha acuñado el concepto de *cuidados de larga duración*) y a su continuidad, sin lagunas o grietas que perjudiquen el proceso de la persona. Igualmente aparece muy conectada con el reto que sienten cada vez con más fuerza (por *necesidad* o por *virtud*, si se permite la expresión) los sistemas formales de favorecer y potenciar los apoyos y redes sociales y comunitarias que revelan una importancia crítica para las personas en situación de dependencia, entre otras. El reto de lo sociosanitario adquiere fuerza en la medida en que se presentan y analizan situaciones absurdas, perjudiciales y, muchas veces, dramáticas para la vida de muchas personas a consecuencia de modelos de intervención en los que cada uno de los agentes percibe a la persona desde su óptica parcial y procede a una actuación que muchas veces tiene interferencias con las otras, disminuyendo o incluso negativizando el efecto final en la destinataria o destinatario.

Sin embargo, no sólo hay que recordar que la dependencia no afecta únicamente a las personas de edad avanzada sino también que la dependencia no va a ser la única

contingencia o situación que pone a prueba la coordinación o integración de los servicios sociales o sanitarios. Precisamente por ello es necesario señalar que el contexto de aparición y desarrollo del debate sociosanitario aparece dominado por la preocupación por la dependencia: precisamente para no tomar la parte por el todo y no olvidar otras situaciones y contingencias a las que también la coordinación o integración sociosanitaria habrá de dar respuesta. Pensemos, por poner un solo ejemplo, en personas en situación de exclusión social que no necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria y que tienen una enfermedad crónica que les hace necesitar atención médica regular.

En realidad en la medida en que en un determinado segmento poblacional, mayor o menor, aparecen con una cierta intensidad y continuidad necesidades susceptibles de recibir respuesta desde los servicios sociales y los servicios sanitarios se plantea, lógicamente, la cuestión de su coordinación o integración. Lo único que ocurre es que, entre esos segmentos, el de las personas en situación de dependencia (y, particularmente, el de las personas de edad avanzada en situación de dependencia) es el más numeroso o significativo hoy y aquí. Por eso no son pocos quienes asimilan ambas cuestiones (Garcés Ferrer, 2000: 105-113; Bayarri, 2004).

Aproximándonos a la cuestión sociosanitaria

Una vez retratado brevemente el contexto en el que surge, diremos que la cuestión de la coordinación o integración de servicios sociales y servicios sanitarios puede plantearse de diferentes maneras o, por decirlo así, en diversos niveles. Concordamos con Dolors Colom (Colom, s.f.) cuando nos invita a adoptar, en primer lugar la perspectiva de las ciudadanas y ciudadanos, de las personas que reciben, en este caso, la atención sociosanitaria. Desde el punto de vista de la persona destinataria de la intervención, lo relevante es la adecuada integración y sinergia entre las prestaciones concretas que recibe o las actividades específicas en las que participa, sin importar particularmente cuáles han de ser consideradas como sanitarias y cuáles como propias de los servicios sociales.

Colocándonos, por tanto, en primera instancia, en la posición de la persona usuaria, hablaríamos de atención sociosanitaria cuando dicha persona recibe las prestaciones o participa en las actividades propias o características de la rama sanitaria y de la de servicios sociales de forma altamente articulada o integrada. Se ha dicho que tiene que

haber necesidad simultánea en ambas áreas; que la necesidad tiene que ser cuantitativa o cualitativamente significativa en ambas áreas, en la intensidad de la intervención o en la duración en el tiempo; y que la intervención de ambos sectores será sinérgica en su efecto (GC-DBS, 2002).

Aunque en algunos contextos sean comprensibles y puedan ser útiles en determinados discursos, deseamos, por parciales, aquellas definiciones, no infrecuentes, de la atención sociosanitaria:

- Que la restrinjan a una determinada población, puesto que, como hemos dicho, concebimos ambas ramas como universales y también como universales las prestaciones y servicios que quedan más cerca de la frontera entre ambas ramas.
- Que se escoren hacia una de las dos ramas, pues si ambas tienen, en principio, igual estatus, la frontera entre ambas *medirá* lo mismo de un lado y de otro y no habrá que considerar que lo fronterizo sea más propio de la una que de la otra.
- Que identifiquen atención sociosanitaria con cuidados de larga duración, pues en la atención sociosanitaria habrá, por definición, procesos de corta, media y larga duración.
- Que identifiquen atención sociosanitaria con atención residencial, pues la prestación de alojamiento estará presente tan sólo en algunos casos y, más aún, se verá como preferible, en general, que las personas destinatarias de la atención sociosanitaria permanezcan en sus entornos hogareños, familiares, convivenciales y comunitarios naturales o habituales.

Ciertamente, la cuestión sociosanitaria se plantea en términos de integración o coordinación (*sin costuras*, dirá Alaszewski) entre la asistencia sanitaria y los servicios sociales en la medida en que, previamente, han sido definidas la rama sanitaria y la de servicios sociales. Sólo en la medida en que, previamente, han sido conceptualizadas y estructuradas las mencionadas ramas, se plantea después como problema o como reto la integración de prestaciones o actividades inicialmente adscritas a ramas diferentes o, usando los términos antes presentados, típicas o características de subsistemas diferentes.

Con esto queremos decir que existe mucha literatura sobre la atención sociosanitaria que, con un enfoque que podríamos denominar *funcional*, se ubica en el nivel de la intervención y, legítimamente, no se preocupa de la cuestión que podríamos denominar *estructural*, que es, justamente la que aquí estamos pretendiendo abordar. Ciertamente, son muy necesarios los trabajos que se preocupan por la intervención sociosanitaria en términos de coordinación o integración de prestaciones o actividades de los dos tipos. Sin embargo, en un contexto en el que están estructuradas las dos ramas, se hace necesario notar que junto a diseños referidos a la integración o coordinación en el nivel de la *atención* hay que estudiar cómo se articulan las estructuras que brindan soporte o suponen mediación para dichas prestaciones y actividades.

Partimos, por tanto, de que la persona destinataria es una y que se le debe brindar una atención tan coordinada o integrada como sea idóneo y pertinente. Y hablamos de idoneidad y pertinencia porque, si bien hay principios admitidos en el ámbito de las políticas sociales que promueven la coordinación e integración de prestaciones o actividades, también puede haber otros que la desaconsejen en determinadas circunstancias, no vaya a ser que en aras de la coordinación o integración (en este caso sociosanitaria) regresemos a la indeseada *institución total*.

Dicho esto, habremos de buscar las soluciones estructurales que mejor puedan servir a esa integración de la atención en los casos en los que sea deseable y esté indicada. También habrá que buscar hacer posible la deseable diversidad de *paquetes de cuidados*, en atención a la diversidad de situaciones al las que habrá que dar respuesta: desde las que puede presentar, en términos sociosanitarios, la niña con parálisis cerebral y frecuentes ataques epilépticos que está escolarizada hasta las que pueda tener el hombre viudo de ochenta años con necesidad de ayuda para todas las actividades de su vida diaria que vive en un cuarto piso sin ascensor.

Fórmulas y experiencias de coordinación o integración sociosanitaria

A la hora de pensar en los formatos para la coordinación o integración sociosanitaria hemos revisado algunas experiencias en diferentes países (ver bibliografía). Dadas las dimensiones de esta ponencia no vamos a entrar a referirnos expresamente a ninguna de ellas. (Para el caso, español, se encuentran buenos resúmenes en el libro de Rodríguez

Cabrero y Montserrat o en el libro blanco sobre la dependencia). Dichas propuestas pueden aparecer:

- en desarrollos legislativos o normativos que afectan, por ejemplo, a estructuras administrativas;
- en planes sociosanitarios, gerontológicos, de atención a personas mayores, de atención a personas con determinadas enfermedades, de servicios sociales o de salud;
- en programas e iniciativas de carácter y denominación estrictamente sociosanitaria;
- en documentos en los que se recogen convenios o acuerdos interinstitucionales o interdepartamentales;
- en diseños de centros o servicios.
- en listados de recomendaciones o conclusiones de reuniones de diversa índole.

Tras esta revisión podría decirse que aparecen diferentes ejes de diferenciación. Así, por una parte, la coordinación o integración puede ser más intensa o más liviana. Obviamente, cuando hablamos de coordinación o integración estructural estamos pensando en una coordinación o integración de una cierta intensidad y estabilidad, más allá del azar o del voluntarismo de unos u otros agentes profesionales o de la comunidad.

Por otro lado, podemos pensar en fórmulas de coordinación o integración que afecten a una, varias o (deseablemente, por coherencia) todas las fases de las intervenciones o actuaciones, por ejemplo:

- acceso y acogida,
- diagnóstico de la persona y el entorno o evaluación de necesidades y recursos,
- planificación o programación
- realización de la intervención
- coordinación
- registro, seguimiento, evaluación, y
- gestión de la salida.

En tercer lugar, podríamos identificar tres planos o dimensiones estructurales en los que se podría dar esa coordinación o integración:

- la infraestructura material,
- los entramados humanos (a escala menor o mayor),
- los aspectos intangibles (como conocimiento y cultura organizacional)

Por último, la coordinación o integración puede pensarse a nivel del macrosistema, del mesosistema o del microsistema. Así, puede hablarse de coordinación o integración (citando tres):

- en el nivel de los sistemas, ramas o redes,
- en el nivel de las organizaciones, instituciones o
- en el nivel de las unidades de actividad.

La cuestión de la tercera (o nueva) rama (interpuesta)

Y será en el nivel más macro donde se plantea la cuestión de la creación de una rama sociosanitaria interpuesta entre la sanitaria y la de servicios sociales. Entre las experiencias o modelos sociosanitarios que hemos podido revisar los hay que podrían aproximarse o encuadrarse más o menos en la idea de creación de una nueva rama o sistema. En ciertos casos, también, se tendería a encuadrar los servicios sociosanitarios más bien en la rama sanitaria o más bien en la de servicios sociales (pudiendo hablarse en mayor o menor medida de un subsistema sociosanitario dentro de uno u otro de los sistemas).

Desde la propuesta que estamos intentando construir en esta intervención, sin embargo, los servicios sociosanitarios, tal como los hemos definido, estarán presentes tanto en la rama sanitaria como en la de servicios sociales y no cabría, por definición, pensar que tengan mayor o mejor ubicación en una o en la otra. Si admitimos la idea antes presentada de la presencia en los servicios (en los *paquetes*) de una determinada rama de prestaciones y actividades más o menos típicas o características de otras, diríamos que podríamos encontrar en cada uno de los dos sistemas, conforme nos acercamos a la frontera, servicios que incorporarían prestaciones y actividades más propias o idiosincrásicas del otro.

Y es que cualquier propuesta que se acerque en mayor o menor medida a la creación de una nueva rama, red, sistema o subsistema de carácter específicamente sociosanitario desencadena, a nuestro juicio, más problemas de los que puede ayudar a resolver. Y sobre todo, hoy y aquí, crea problemas a la rama o sistema menos articulado y más frágil: el de los servicios sociales, en la medida en que detrae flujos de recursos, variedad de personas usuarias y caudal de legitimación social que tanto necesita. Generando por otra parte, nuevos problemas de coordinación o integración entre la nueva rama y las dos colindantes.

Tenemos la impresión de que esta posición que desde un punto de vista teórico parece bastante razonable es olvidada o impugnada de forma más o menos explícita o implícita más bien por razones vinculadas a situaciones contingentes que se presentan en los sistemas realmente existentes más que a su naturaleza o caracterización fundamental. Así, lo que muchas veces está pesando realmente en el debate es el hecho, contingente y relativo, de que en el sistema sanitario público es muy inferior, en nuestro entorno, el copago por parte de las usuarias y usuarios que en el de servicios sociales. O la circunstancia, contingente y relativa, de que los sistemas públicos de servicios sociales están, en general, menos institucionalizados y reconocidos que los sanitarios o sean menos accesibles y apreciados. O el hecho, contingente y relativo, de que, en muchas ocasiones, los servicios sociales están más vinculados a las autoridades locales y los sanitarios a administraciones de mayor ámbito. O la circunstancia, contingente y relativa, de que el *mix de bienestar* (participación relativa de los sectores público, privado, social e informal en los cuidados) sea diferente en las dos ramas. O las contingentes y relativas diferencias culturales entre ambas ramas.

Si nos fijamos, muchas veces son estas circunstancias contingentes, es decir, no propias de la naturaleza de las ramas, las que están atravesando el debate e impidiéndonos ver con más claridad los diseños más racionales y convenientes. Dicho de otra manera, pensar en un desarrollo de lo sociosanitario sin abordar, como condición necesaria, el fortalecimiento, la universalización o la normalización de los servicios sociales es, a nuestro juicio, una empresa destinada, posiblemente, al fracaso.

Sin embargo, si somos capaces de pensar en una rama de los servicios sociales desarrollada, fortalecida, universalizada o normalizada (por decirlo en pocas palabras y con pocos matices) quizá se nos va aclarando un poco más la cuestión sociosanitaria y entendemos que lo sociosanitario habrá de estar presente tanto en una rama como en la otra y que, existiendo, como deben existir, políticas sociales globales y procesos transversales de planificación, instancias políticas y administrativas habrá para establecer qué servicios sociosanitarios se ubican en un subsistema y cuáles en otro. Si entendemos (y es verdad) que todo se paga de la misma bolsa e intentamos superar la dinámica de *facturaciones cruzadas* entre sistemas también se facilita el asunto.

La coordinación o integración estructural

Ahora bien, una vez impugnada la propuesta de creación, en el nivel macro, de *tercera rama* o sistema, hemos de plantear alternativas razonables y viables para esa complementariedad estructural que buscamos entre la asistencia sanitaria y los servicios sociales. Así pues, para terminar esta intervención, vamos a recoger, a modo de síntesis telegráfica de *lecciones aprendidas* o *buenas prácticas* algunas medidas o iniciativas que están contribuyendo o pueden contribuir a la deseable complementariedad, coordinación e integración sociosanitaria.

Así, en primer lugar, hay que referirse a los procesos de producción normativa y planificación social que, necesariamente, han de tener dimensiones transversales e interdepartamentales. Dichos procesos permitirán (por ejemplo mediante catálogos o carteras) ir identificando prestaciones y actividades presentes en los distintos servicios, programas o centros y, a su vez, los servicios, programas o centros que se encuadran en cada una de las ramas o sistemas. Además, otra aportación importante a realizar desde estos procesos es la delimitación de áreas geográficas iguales para los servicios sociales y los servicios sanitarios.

Por otra parte, en el ámbito de la gestión pública, se propende cada vez más a la utilización de fórmulas flexibles que permitan la colaboración entre agentes e instancias diversas. Estas fórmulas, en la medida en que no contribuyan (como ocurre a veces) a una disolución de la responsabilidad pública, configuran una administración relacional, un gobierno multinivel, una gestión en red que parecen adecuadas para dar respuesta al reto

sociosanitario. Sin que olvidemos que cada instrumento (contratos, convenios, subvenciones y así sucesivamente) tiene una finalidad y ha de aprenderse su utilización (López Casanovas y otras, 2003).

En realidad, en la medida en que los sistemas de bienestar se estructuren en red, habrá de facilitarse también la conexión en red entre *nodos* pertenecientes a diferentes sistemas. Lo que ocurre es que, en esos procesos de transformación, cada uno de los agentes o *nodos* deberá aprender nuevas formas de *añadir valor* en ese contexto complejo: acreditación, homologación, colaboración, concertación, inspección, evaluación, consultoría o formación son tan sólo algunos ejemplos de actividades que tienen lugar en procesos que atraviesan los muros de los sistemas y que han de ser gestionados proactivamente con el fin de añadir valor para la usuaria o usuario final.

Otro frente importante para la coordinación o integración sociosanitaria es el que tiene que ver con el diseño de los servicios, programas o centros. En estas labores de diseño se habrá de ir progresando en la construcción y utilización de un lenguaje cada vez más común para todo el ámbito de la política social. Ello nos tiene que animar a ensanchar la mirada y ser capaces de ver los servicios y programas de nuevas maneras. Así, por ejemplo, hablar de centros de *convalecencia*, o servicios de *respiro*, es hacer referencia, posiblemente, a una de las dimensiones (y quizá no la más relevante) de los programas que así se denominan.

Por otra parte, las nuevas necesidades y recursos presentes en la sociedad aconsejan la realización de diseños flexibles que permitan, al modo del Lego, diferentes recombinaciones. La flexibilidad y versatilidad de los diseños, por otra parte, también viene aconsejada por la diversidad y peculiaridad de trayectorias, itinerarios, circunstancias y preferencias de las personas, a la que hay que intentar ser capaces de adaptarse en la mayor medida posible. Y por la posibilidad que deben dar los servicios de que sus usuarias y usuarios puedan tener diferentes utilidades y vivencias de ellos (tú vas al bar porque tienes sed, yo para ver el partido, ella para charlar con su amiga y él para no pasar frío en la calle). Por otra parte, en materia de diseño de respuestas, la investigación, desarrollo e innovación (en general, los procesos de gestión de conocimiento) han de ser constantes.

Sin embargo, por bien que se haga la planificación macro y el diseño de servicios y programas, es necesario establecer y articular dinámicas de planificación y evaluación compartida y participativa a todas las escalas o niveles, puesto que a todos los niveles o escalas habrá que tomar y valorar decisiones concretas vinculadas a los diferentes casos y circunstancias que vayan apareciendo. Dichos procesos de programación, decisión, seguimiento y control habrán de darse en espacios organizacionales previamente establecidos, también a los diferentes niveles. Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación facilitan el trabajo en red y disminuyen la necesidad de las temidas (y temibles) reuniones aunque algunas de ellas puedan ser convenientes, necesarias y hasta gratificantes.

Otra cuestión importante que se está abordando y se debe seguir abordando tiene que ver con las prácticas e instrumentos de diagnóstico o evaluación de necesidades y recursos de las personas. En la medida en que tanto en los servicios sociales como en los servicios sanitarios se practique la interdisciplinariedad y en la medida en que se compartan lenguajes e instrumentos, los diagnósticos y evaluaciones podrán utilizarse más allá del sistema en el que fueron realizados y esto facilitará la gestión del sistema de bienestar y, lo que es más importante, la vida de las usuarias y usuarios.

Y es que, de particular impacto en la calidad de la atención a las personas resulta, en realidad, todo lo que esté establecido y estructurado en relación no sólo con su diagnóstico o evaluación, sino con toda la gestión de su caso, en particular para personas usuarias de más de un servicio o, más aún, de más de un sistema. Ahí aparece la necesidad de instancias y protocolos para la discusión de los casos, la elaboración participativa y seguimiento compartido de planes individuales, la configuración de *paquetes de cuidados*, la derivación entre servicios o sistemas, la planificación de procesos de transición o de deterioro, por poner algunos ejemplos.

Todas estas iniciativas y medidas, en todo caso, no se entienden sino es en una dinámica de revisión continua de lo que se propone y de corrección del rumbo siempre que sea necesario. En una dinámica de aprendizaje desde la práctica, de práctica basada en la evidencia y, en definitiva, de gestión del conocimiento. En una renovación de la gestión en

una línea de gestión relacional, por procesos y en red. En una dinámica de innovación organizacional y social.

Conclusión

Terminamos, por tanto, esta parcial contribución al debate sociosanitario subrayando que nos parece un debate con trampa si antes no se aborda el debate de los servicios sociales. Los servicios sociales necesitan que se confíe en ellos y que se apueste por ellos si se quiere resolver el problema sociosanitario y si se quiere dar respuesta al reto de la dependencia. Si en cada una de las fronteras que los servicios sociales comparten con otras ramas se adjudica a dichas ramas la atención a las capas sociales más normalizadas y numerosas seguiremos atendiendo inadecuadamente a las personas y contribuyendo a la estigmatización de los servicios sociales y esto los herirá de muerte por falta de legitimación social, con las consiguientes consecuencias para el conjunto del sistema de bienestar y para la calidad de vida de la población.

El debate sociosanitario, en muchas ocasiones, vela el verdadero problema que lo hace surgir, que no es otro que el de la fragilidad y el desconocimiento de las posibilidades de los servicios sociales. El del desprecio de su valor añadido, el de la falta de apuesta por su universalidad, por su desarrollo tecnológico, por su estructuración. En el fondo el olvido de ese ámbito relacional y de proximidad, de apoyo y acompañamiento en que se juega, sin embargo, en muchos casos la dignidad de la persona y el destino de su comunidad.

Por lo demás, más allá de este necesario reforzamiento de los servicios sociales, no cabe duda de que la cuestión sociosanitaria sigue teniendo enjundia, como la tiene la socioeducativa u otras de la misma índole. Ahí hemos intentado apuntar algunas medidas estructurales que favorezcan la integración y coordinación sociosanitaria, intentando soslayar el riesgo de deconstrucción de la rama de los servicios sociales y de deterioro de la atención que conlleva la configuración formal de una rama o sistema sociosanitario diferenciado de la rama o sistema sanitario y de servicios sociales.

Bibliografía

ALASZEWSKI, A. y otros (2003): *Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom*. London, Procare.

- ARARTEKO (2000): *Atención comunitaria de la enfermedad mental*. Vitoria-Gasteiz.
- ARARTEKO (2004): *Atención a personas mayores en la CAPV: servicio de asistencia domiciliaria, centros de día y centros residenciales*. Vitoria-Gasteiz.
- AZNAR, M. (2000): “Sobre la atención sociosanitaria en España” en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 35(1), pp. 1-3.
- BAHLE, T. (2003): “The changing institutionalization of social services in England and Wales, France and Germany: is the welfare state on the retreat?” en *Journal of European Social Policy*, vol. 13(1), pp. 5-20.
- BAYARRI, V. (2004): “El reto de la dependencia. Por un sistema integral de atención y promoción de las personas con dependencia” en *Siglo Cero*, vol. 35(1), núm. 210, pp. 29-36.
- BLANCHARD, N. (2004): “Du réseau à la coordination gérontologique: un nouveau paradigme pour le secteur médicosocial” en *Retraite et Société*, núm. 43, octubre, pp. 166-186.
- CADADO, D. y otras (2005, previsto): *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Dossier para el debate*. Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- CASADO MARÍN, D. y LÓPEZ I CASANOVAS, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Barcelona, Fundación La Caixa.
- CASADO, D. (2002): *Reforma política de los servicios sociales*. Madrid, CCS.
- CASADO, D. (dir.) (2004): *Respuestas a la dependencia*. Madrid, CCS.
- CERDÁ, M. y otras (2004): “Espacio sociosanitario” en *Rehabilitación*, núm. 38(6), pp. 268-273.
- CERMI (2004): *La protección de las situaciones de dependencia en España*. Madrid.
- CHALLIS, D. y otras (s.f.): “Coordinated care, care management, service integration and partnerships” en *PSSRU Bulletin*, núm. 13, pp. 10-11.
- COLOM, D. (1997): *La atención sociosanitaria del futuro*. Zaragoza, Mira Editores.
- COLOM, D. (s.f.): “La primera perspectiva de la atención sociosanitaria: la del ciudadano” en *Agathos-CEOMA*, pp. 21-32.
- CVAS (Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria) (2005): *Plan estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008 (borrador)*. Vitoria-Gasteiz.
- CVBS (Consejo Vasco de Bienestar Social) (2004): *IV informe sobre la situación de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2005): *Supporting people with long term conditions. An NHS and social care model to support local innovation and integration*. London.
- DFB-DAS (Diputación Foral de Bizkaia-Departamento de Acción Social) y otras (2005): *Definición de servicios de responsabilidad foral en el ámbito de la inserción social (borrador de trabajo)*. Bilbao.
- DOYAL, L. y GOUGH, I. (1994): *Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona, ICARIA/FUHEM.
- ESPAÑA: Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- ESPAÑA: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- GARCÉS FERRER, J. (2000): *La nueva sostenibilidad social. Bases teóricas del modelo sociosanitario*. Barcelona, Ariel.
- GC-DBS (Generalitat de Catalunya-Departament de Benestar Social) (2002): *Llibre blanc de la gent amb dependencia*. Barcelona.

- GC-DSSS (Generalitat de Catalunya-Departament de Salut i Seguretat Social) (1986): *Ordre de 29 de maig, de creació del Programa «Vida als Anys» d'atenció socio-sanitaria a la gent gran amb llarga malaltia.*
- GOBIERNO VASCO y otras (2003): *Convenio de colaboración entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa y la Asociación de Municipios Vascos EUDEL para el desarrollo de la atención socio-sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco.* Vitoria-Gasteiz.
- GV-DVAS (Gobierno Vasco-Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales) (2004): *V plan de drogodependencias de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2004-2008.*
- IKEI (2005): *Servicios sociales. Informes sectoriales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.* Vitoria-Gasteiz, Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarras.
- IMSERSO (2004): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco.* Madrid.
- IRECOOP LOMBARDIA y GHIDORZI, M. (2000): *Residenze sanitarie assistenziali. Guida pratica per l'attivazione da parte di cooperative sociali.* Milano, Franco Angeli.
- ITALIA: *Atto di indirizzo e coordinamento per l'integrazione socio-sanitaria.*
- KERNICK, D. (2003): "Can complexity theory provide better understanding of integrated care?" en *Journal of Integrated Care*, vol. 11, núm. 5, pp. 22-29.
- LÓPEZ CASANOVAS, G. y otras (2003): *Los nuevos instrumentos de la gestión pública.* Barcelona, La Caixa.
- MARAVALL, H. (2003): *El envejecimiento en España.* Madrid, CCOO
- PICKUP, S. (2004): "Partnership and governance: the Hertfordshire experience" en *Journal of Integrated Care*, vol. 12, núm. 2, pp. 14-19.
- PISONERO, S. y otras (2004): *Necesidades y accesibilidad de las personas con discapacidad en la CAPV.* Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- PRINCIPADO DE ASTURIAS: Ley 1/2003 de 24 de febrero, de Servicios Sociales.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2002): "Cuidados de larga duración en España: contexto, debates, políticas y futuro" (www.iesam.csic.es/doctrab.htm).
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004): *El Estado del bienestar en España: debates, desarrollo y retos.* Madrid, Fundamentos.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MONTSERRAT, J. (2002): *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia.* Madrid, IMSERSO.
- SARASA, S. (2003): *Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores* (www.fundacionalternativas.com).
- SOBREMONTTE (s.f.) "El espacio sociosanitario en la Comunidad Autónoma de Euskadi: una propuesta funcional de análisis" en *Zerbitzuan*.
- SOBREMONTTE, E. (2003): "El rumbo de la atención sociosanitaria en el País Vasco: mejorando la calidad de los servicios" en *Agathos*.
- VILÁ, A. (2004): "Estructuras institucionales de la protección de la dependencia en España" en CASADO, D. (dir.): *Respuestas a la dependencia.* Madrid, CCS, pp. 135-166.
- WHO (World Health Organization) (2003): *Key policy issues in long term care.* Geneva.
- www.cermi.es
- www.edad-vida.org
- www.fundacionalternativas.com
- www.gerokon.com
- www.iesam.csic.es
- www.imsersomayores.csic.es
- www.mtas.es

www.polibea.com/siposo

www.siiis.net

www.who.int

www.fantova.net