

La interacción del sistema social y el sanitario. Informe SESPAS 2012

Sergi Jiménez-Martín^{a,*} y Cristina Vilaplana Prieto^b

^a Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, GSD, GEDEA, España

^b Departamento de Fundamentos de Análisis Económico, Universidad de Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de febrero de 2011

Aceptado el 14 de junio de 2011

On-line el 11 de octubre de 2011

Palabras clave:

Dependencia
Integración
Social
Sanitario

Keywords:

Dependency
Integration
Care
Health

R E S U M E N

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, regula las condiciones básicas para la promoción de la autonomía personal y el cuidado de las personas en situación de dependencia mediante la creación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), y constituye una oportunidad excelente para avanzar en la construcción del espacio sociosanitario. El objetivo de la integración sociosanitaria es pasar de un marco fragmentado, en donde el individuo recibe y solicita las prestaciones a servicios sociales y sanitarias por separado, a un nuevo modelo de responsabilidad compartida. Desde los años 1980 se han desarrollado diversos proyectos de ámbito nacional o regional de cooperación sociosanitaria. Sin embargo, aunque se han realizado importantes esfuerzos en este sentido, y hay diversas experiencias de integración de servicios sanitarios en varias comunidades autónomas, sigue predominando la coordinación asistencial en el ámbito sanitario por encima de la integración.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Interaction between the social and the health systems. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

Act 39/2006, of 14th December, for the Promotion of Personal Autonomy and the Care of Dependent Individuals establishes the basic conditions for the promotion of personal autonomy and the care of the dependent through the creation of the System of Autonomy and Care of Dependent Individuals and constitutes an excellent opportunity to make progress in the development of a health care space.

The aim of healthcare integration is to move from a fragmented framework, in which individuals apply for and receive health benefits and care benefits separately, to a new model of shared responsibility. Since the 1980s, several national and regional projects of healthcare cooperation have been developed. However, although substantial efforts have been made in some autonomous regions of Spain, healthcare coordination seems to predominate over integration in the health setting.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La atención a las personas dependientes es uno de los principales retos de política social a que se enfrentan los países desarrollados. De hecho, durante la presidencia española del Consejo de Europa (2002) se acordó velar por el cumplimiento del principio de universalidad, la calidad de los servicios y la sostenibilidad financiera a largo plazo.

En términos demográficos, durante los últimos 30 años se ha producido en España un importante crecimiento de las cohortes de 65 y más años de edad (del 9,7% en 1970 al 16,89% en 2010), y de 80 y más años de edad (del 1,54% en 1970 al 4,90% en 2010). Respecto al estado de salud, la **tabla 1** muestra la evolución de las tasas de prevalencia de la discapacidad entre 1999 y 2008, y se constata una disminución en todas las cohortes de edad excepto en las de 6-15 años, 45-54 años y 85 y más años de edad, correspondiendo el mayor incremento a este último intervalo. Evidentemente, la gran difusión que han tenido durante estos años las políticas

preventivas de riesgos para la salud (obesidad, alcohol, tabaco), así como el fomento de hábitos saludables (ejercicio físico, participación social), han contribuido a la reducción de la tasa de prevalencia en las cohortes de 55-64 años, 65-74 años y 75-84 años de edad¹⁻³.

Centrándonos en el tema de la discapacidad, en el año 2008 había 3.847.900 personas de 6 o más años de edad con alguna limitación para realizar actividades de la vida diaria que residían en sus hogares, frente a 269.139 personas institucionalizadas (tasa de institucionalización del 6,99%; 82,58% para la cohorte de 65 y más años de edad). Entre las que vivían en sus hogares, 2.088.200 recibían ayudas personales, correspondiendo 1.413.000 de esas ayudas a cuidadores informales. Comparando estas cifras con las de 1999 se aprecia que el porcentaje de cuidadores sobre personas con discapacidad ha pasado del 37,15% al 36,72%, y el peso de los cuidados informales sobre el total de las ayudas informales se ha reducido del 78,45% al 67,66%. Simultáneamente, y como se muestra en la **tabla 1**, se ha producido un aumento considerable en la provisión de todos los servicios formales públicos. Sin embargo, a pesar de este considerable esfuerzo, el gasto total en cuidados de largo plazo en España en el año 2008 se situaba en el 0,8% del producto interior bruto (PIB) (0,57% público y 0,23% privado; 189,44 €/habitante), muy lejos del 3,68% de Suecia o del 2,28% de Finlandia. Esta

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sergi.jimenez@upf.edu (S. Jiménez-Martín).

Puntos clave

- Un modelo de integración sociosanitaria conlleva numerosas ventajas (simplificación del proceso de toma de decisiones, aumento de la satisfacción de los pacientes), pero no está exento de barreras organizativas y trabas financieras.
- El texto legal de la Ley de Dependencia deja entrever que el desarrollo del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia debe realizarse de forma coordinada con el Servicio Nacional de Salud.
- Hasta el momento sólo hay dos Comunidades Autónomas (Castilla-La Mancha y Extremadura) que han fusionado sus respectivas Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales.
- Desde nuestro punto de vista, este nuevo modelo debe fundamentarse en una elaboración consensuada del Programa Individual de Atención, la toma de conciencia de la atención primaria como elemento clave en el seguimiento del paciente y el desarrollo de estrategias de prevención de la dependencia.

distancia respecto a los países nórdicos también se aprecia al comparar el gasto en personas mayores respecto al PIB (6,82% España, 11,47% Suecia, 8,83% Finlandia y 9,90% en la UE-27) y el gasto en discapacidad respecto al PIB (1,59% España, 4,34% Suecia, 3,22% Finlandia y 2,05% en la UE-27; Eurostat: Health Statistics).

Pero al hablar de dependencia, no podemos olvidar otros dos grupos de población que se encuentran estrechamente vinculados: los cuidadores informales y los empleos generados para suministrar bienes y servicios a las personas dependientes. En relación al primer grupo, se estima que en el año 2008 había 1.413.000 cuidadores informales, de los cuales 1.220.181 (86,35%) residían con la persona dependiente (tabla 2). Centrándonos en éstos, se aprecian las siguientes características: casi el 70% son mujeres, el 46,25% tiene entre 45 y 64 años, el 68% está casado, el 60,97% no tiene estudios o solamente estudios primarios, y más de la mitad recibe una pensión contributiva o está dedicado a sus labores, siendo predominante la primera situación entre los hombres y la segunda entre las mujeres. De los que están ocupados (28,17%), aproximadamente la mitad tiene una ocupación cualificada, siendo el porcentaje de ocupadas no cualificadas 12 puntos superior al de los hombres.

El cuidado de una persona dependiente normalmente es una experiencia que se sobrelleva en soledad, puesto que más del 80% de los cuidadores informales principales declara que no recibe apoyo de otro cuidador informal (residente en el mismo hogar o no). Además, se producen una serie de efectos negativos que inciden sobre la vida del cuidador:

- Un 42,92% de las cuidadoras y un 26,57% de los cuidadores percibe una especial dificultad por faltarle fuerza física, y un 13,82% cree que debería recibir formación especializada.
- Un 34,59% considera que se ha deteriorado su estado de salud y un 49,58% (30,38%) declara sentirse cansado (deprimido).
- Los efectos sobre la participación laboral son mucho más negativos para las cuidadoras, ya que un 26,55% no pueden plantearse trabajar fuera de casa y un 12,54% se han visto obligadas a dejar de trabajar.
- Un 55,43% de los cuidadores ha visto reducido su tiempo de ocio, un 42% no puede ir de vacaciones y un 36,64% no tiene tiempo para frecuentar amistades.

Respecto a las posibilidades de creación de empleo, inicialmente se estimó que entre 2005 y 2010 se crearían 263.000 empleos directos⁴, aunque otras estimaciones más optimistas señalan un

potencial de empleo hasta el año 2015 cifrado en 635.000 empleos⁵. Estos puestos de trabajo podrían suponer una buena oportunidad para ciertos colectivos especialmente desfavorecidos (mujeres, jóvenes que buscan el primer empleo, parados de larga duración, desempleados mayores de 45 años), sin olvidar que la mayor demanda en los sectores de tecnología, ayudas técnicas y mobiliario, y equipamientos para centros residenciales, supondrían una vía adicional indirecta de creación de empleo.

Además de lo comentado, en los últimos años se ha producido una serie de cambios sociodemográficos (tabla 1). La reducción del tamaño medio de los hogares y del número de hijos por mujer, y el aumento de la tasa de participación femenina y de la tasa de divorcios, condicionan la disponibilidad de cuidadores informales en el futuro, mientras que el aumento de la esperanza de vida, del porcentaje de población de 65 y más años de edad, y del porcentaje de mayores que viven en soledad, sugiere un previsible aumento de la demanda de cuidados formales.

La forma de abordar la confluencia de todos estos factores requiere un mayor conocimiento sobre integración sociosanitaria. Para ello, en los siguientes apartados se analiza la coordinación sociosanitaria a la luz de la nueva Ley de Dependencia y se describen los diferentes casos de integración surgidos en el ámbito nacional e internacional.

La atención a la dependencia en España

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (en adelante Ley de Dependencia), regula las condiciones básicas para la promoción de la autonomía personal y el cuidado de las personas en situación de dependencia mediante la creación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), junto con la colaboración y participación de todas las administraciones públicas. Es una excelente oportunidad para avanzar en la construcción del espacio sociosanitario, puesto que aunque el catálogo de servicios establecidos tiene un marcado carácter social, el artículo 15.2 establece que la regulación de dichos servicios se hará «sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud». Por consiguiente, la Ley de Dependencia no trata de sustituir las leyes sanitarias, sino que para la implementación del SAAD toma como punto de partida la observancia de todo lo recogido en la normativa sanitaria. Por consiguiente, un modelo integrado recogería todas las prestaciones que se detallan en la tabla 3.

De hecho, incluso en el ámbito de la prevención de la dependencia (artículo 21) se hace referencia a la instauración de un marco de cooperación «entre servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad, y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos». La Ley no proporciona detalles sobre estos planes y únicamente dictamina que las comunidades autónomas deberán tomar en cuenta los criterios y recomendaciones del SAAD.

De cara a la plena implementación del SAAD en el año 2015, sería muy deseable que en la formulación del Programa Individual de Atención (PIA), en el cual deben detallarse las modalidades de intervención más adecuadas dadas las necesidades de cada persona, los profesionales sanitarios participasen tanto en su formulación como en su seguimiento. Por ello, es preciso recalcar el papel de la atención primaria, ya que si bien constituye el primer nivel de actuación del Sistema Nacional de Salud (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad), en un modelo integrado de salud ganaría en importancia, traspasando las propias fronteras del nivel primario de salud y llevando a cabo una labor de seguimiento del

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1073743>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1073743>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)