

Consideraciones en torno a la atención sociosanitaria* *Considerations on socio-health care*

V. Astrain¹, L. Jusué², T. Celaya³, I. Gaminde⁴

Las personas pueden ser objeto de atención sociosanitaria cuando tienen, simultáneamente, necesidad de servicios sociales y de servicios de salud. Esas necesidades deben ser relevantes, tanto por su continuidad en el tiempo como por la intensidad de la intervención requerida, y la intervención social y la sanitaria deben tener, conjuntamente, un efecto sinérgico en la obtención del resultado deseado.

Los recursos sociosanitarios son aquellos de origen sanitario, social o mixto que, en su totalidad o en unidades específicas, atienden a personas que tienen, simultáneamente, necesidades sociales y sanitarias.¹

UN ENFOQUE DEL ESPACIO SOCIO-SANITARIO

Las sociedades desarrolladas se caracterizan, entre otros aspectos, por la estructura organizativa o red de servicios de que disponen para responder a las necesidades de la población en general, y de los distintos sectores en particular: mayores, menores y jóvenes; personas con discapacidades de distinto tipo; grupos diversos de marginados o excluidos; mujeres en situaciones que precisan ayuda. Las sociedades configuran para ello sistemas de cobertura de necesidades de servicios

sanitarios, educativos, culturales, de trabajo, de vivienda, de medio ambiente, de ocio y tiempo libre, y de servicios sociales.

El nivel de bienestar social se determina en función del conocimiento de las necesidades de la población en general y de cada uno de los sectores en particular, de la redistribución de los recursos en cada uno de los sistemas citados, del funcionamiento adecuado de éstos y de la interrelación de todos ellos entre sí. Para que el nivel de bienestar social sea elevado es imprescindible la confluencia de todos los sistemas y la coordinación de las distintas administraciones con competencias en la materia.

En la actualidad, en el Estado Español la atención primaria, en lo que se refiere a los servicios sociales, es competencia municipal (Ley de Bases de Régimen Local de 1985 -arts. 25, 26 y 27-; BOE. núm. 80, de 3 abril de 1985). Por otra parte, corresponde a las administraciones autonómicas con competencias en la materia la gestión de los servicios y las prestaciones sociales, así como las actuaciones en este ámbito.

ANALES Sis San Navarra 1999; 22 (3): 365-381.

1. Hospital de Día Psiquiátrico Argibide.
2. Centro de Salud de Azpilagaña.
3. Universidad Pública de Navarra.
4. Departamento de Salud.

Aceptado para su publicación el 25 de enero de 1999.

*Documento elaborado por el Grupo Técnico de Trabajo nombrado por Resolución 182/1997, de 13 de marzo, del Director General de Salud.

Correspondencia

Idoia Gaminde Inda
Sección de Planificación y Evaluación
Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitario
Departamento de Salud
Irunlarrea, 3
31008 Pamplona

En el caso de Navarra todo ello está regulado por la Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, sobre servicios sociales (BON número 44, de 8 abril de 1983), modificada por la Ley Foral 3/1988, de 12 de mayo, de Presupuestos de Navarra para el ejercicio 1988 (BON número 59, de 13 de mayo de 1988).

Consecuentemente, en las distintas instancias administrativas de la Comunidad Foral (Gobierno y Entidades Locales o Ayuntamientos) existen estructuras denominadas de Bienestar Social que, mediante la gestión de los servicios, los programas y las prestaciones sociales tienen como fin llenar vacíos de los distintos sistemas de protección, bien con carácter generalista (para toda la población), u orientados hacia aquellos sectores más desvalidos. Este esquema se reproduce en la red social privada sin ánimo de lucro y en entidades mercantiles.

Sin embargo, el Sistema de protección de la Salud (de cualquier nivel, incluida la atención primaria) corresponde, en aquellas Comunidades Autónomas que han recibido las competencias, como es el caso de Navarra, a los Gobiernos Autonómicos.

En Navarra la estructura de los servicios sociales está organizada conforme a la Zonificación Sanitaria. Coinciden pues las Zonas Básicas de atención primaria de Salud y las de Servicios Sociales de Base o Comunitarios (regulados por el Decreto Foral 11/1987, de creación de Servicios Sociales de Base). Pero los sistemas de Salud y de Servicios Sociales tienen su funcionamiento y financiación propia, y ambos están escasamente coordinados. En consecuencia, la atención actual a la población con problemas sociosanitarios la ejercen distintas instancias, y existe una división clara entre lo sanitario y lo social, si bien con fronteras indefinidas y una ordenación muy variable.

Intentar cubrir las necesidades sociosanitarias de una población con un funcionamiento descoordinado de los sistemas de protección de la salud y de los servicios sociales conlleva, a veces, un derroche de recursos, y frecuentemente la existencia de carencias para esa población, al no estar cubiertas sus necesidades ni por un sistema ni por el otro. Estas situaciones de

déficit de servicios las detectan habitualmente los servicios de atención sanitaria.

Resulta pertinente por ello comenzar a discutir sobre "*el espacio vacío sociosanitario*", es decir, sobre cómo llenar el espacio no cubierto con los recursos y las actuaciones del Sistema de Servicios Sociales que con frecuencia se manifiestan en el Sistema de Salud, ambos orientados a cubrir necesidades de la misma población, pero gestionados por instancias administrativas distintas y descoordinadas. En este documento se va a intentar determinar ese "*espacio vacío sociosanitario común*", partiendo del análisis de situaciones reales existentes y del enunciado de alternativas a abordar.

¿CUÁL ES EL PROBLEMA?

La idea de espacio sociosanitario tiene su origen en diferentes esferas, pero fundamentalmente surge de la consideración de factores como los siguientes:

- Los cambios en los patrones de mortalidad y morbilidad en las últimas décadas han dado lugar a un incremento de la esperanza de vida. Cada vez más personas viven más años. Este aumento del porcentaje de población envejecida hace que crezca también el de quienes sufren enfermedades crónicas e incapacitantes. En el periodo 1990-1991 la esperanza de vida a partir de los 65 años era de 15 años para los hombres y de 19 para las mujeres, pero se calcula que los hombres pueden vivir cinco de esos años sufriendo una incapacidad, y las mujeres seis. Se está alargando la vida pero a costa de un mayor tiempo viviendo incapacitados, enfermos, con lo que ello supone de peso para el sistema de salud, tanto formal como informal. En USA la prolongación de la esperanza de vida en los últimos decenios se ha visto acompañada de periodos de incapacidad superiores a los de años de vida ganados².

Además, la esperanza de vida de las personas con discapacidades psíquicas, físicas y sensoriales, de distintas clases y en grados diversos, se ha prolongado notablemente. Sin embargo, su organismo envejece a un ritmo más acelerado que el de otras personas y tienen más posibilida-

des de padecer patologías añadidas, por lo que hay que contemplar sus necesidades con una perspectiva integradora, teniendo en cuenta su edad, su clase y grado de afectación, y su contexto familiar y social.

- El concepto de cuidados comunitarios (y la consiguiente creación de redes de atención comunitaria), surgido como una alternativa a los problemas derivados de la política de desinstitucionalización desarrollada, sobre todo en los años setenta y ochenta, en los hospitales psiquiátricos.

- La crisis del sistema sanitario: La media del gasto sanitario público en los países de la OCDE es del 5,6% de su PIB, y más del 90% de este gasto se dedica a la asistencia sanitaria. Los servicios sanitarios se han extendido enormemente, tanto en lo referente a la cantidad de población protegida como a las prestaciones ofrecidas; hay que contar asimismo con lo que ha supuesto la incorporación de nuevas tecnologías, la mayor parte de ellas muy costosas³.

"Los sistemas sanitarios se desarrollaron para responder a unas necesidades de salud y demanda de cuidados que han cambiado de forma importante; la inadaptación de los sistemas a esta nueva situación disminuye su eficacia. (...) Esto supone para los sistemas sanitarios que, manteniendo el progreso en el desarrollo

de las actividades terapéuticas, deban atender a:

- Una mayor demanda de cuidados y la necesidad de coordinarse con los servicios sociales de apoyo.
- La necesidad de prestar una mayor atención a los aspectos preventivos y de promoción de la salud.
- El desarrollo de políticas intersectoriales de actuación sobre los problemas de salud de la población.
- Una mayor demanda de actividades de rehabilitación y reinserción social"³.

Envejecimiento de la población y necesidades de salud

La mayor parte de la población navarra considera buena su salud; sólo un 20% cree que es mala. Las personas mayores tienden a tener una percepción de su salud peor que el resto de la población. Así, un 44% de los mayores de 65 años considera que su estado de salud no es bueno, frente a un 23% de las personas menores de 65 años. Además, la perciben como peor más las mujeres, en cualquiera de los grupos de edad, como se ve en la figura 1.

Esta peor percepción se corrobora, como veremos más adelante, con otros componentes como número de proble-

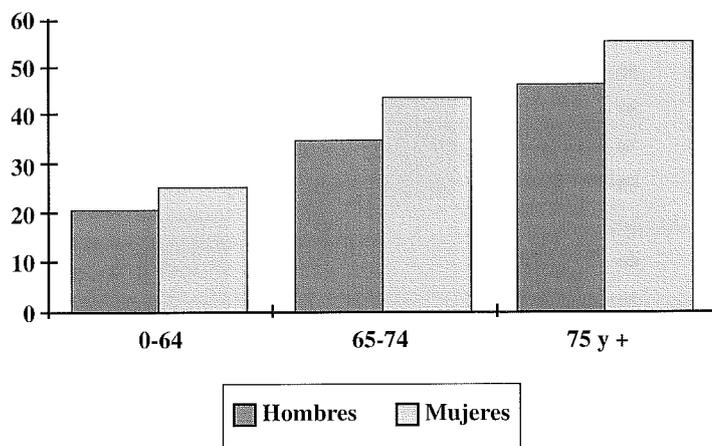


Figura 1. Percepción del estado de salud (regular/malo) por edad y género. Navarra 1990-1991. Fuente: Encuesta de Salud 1990-91. Departamento de Salud.

mas de salud, niveles de incapacidad, etc. Con respecto a la declaración de problemas de salud (Fig. 2), ésta también aumenta con la edad. Un 59% de los menores de 65 años declara al menos un problema de salud, frente a un 87% de las personas de entre 65 y 74 años, y un 94% de los mayores de 75 años. Además, los porcentajes son siempre ligeramente superiores en las mujeres.

En la figura 3 se ve la importancia de la pluripatología, sobre todo en las personas mayores. No declaran ningún problema de salud un 41% de los menores de 65 años, un 13% de las personas entre 65 y 74 años, y un 6% de los mayores de 75 años. En el tramo de 1-2 problemas de salud las diferencias son mucho menores: un 46% de los menores de 65 años, un 44% de los de 65-74 y un 38% de los mayores de 75 declaran 1 ó 2 problemas. La gran diferencia se establece con la

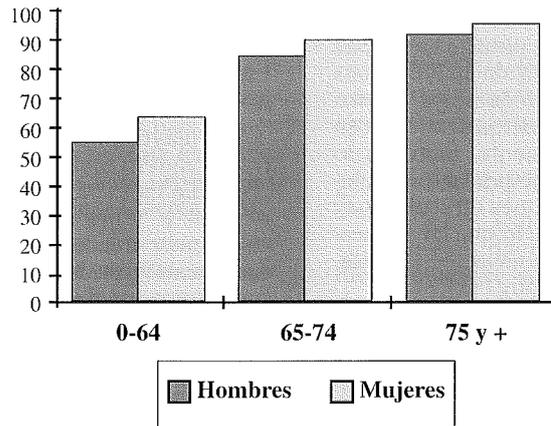


Figura 2. Declaración de al menos un problema de salud por edad y género. Fuente: Encuesta de Salud 1990-91. Departamento de Salud.

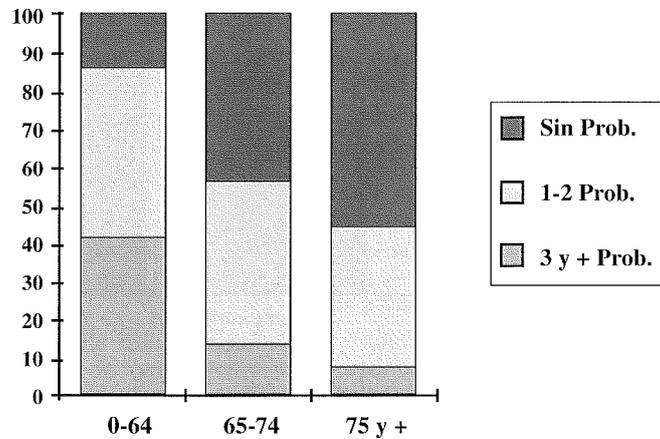


Figura 3. Número de problemas de salud declarados por edad. Fuente: Encuesta de Salud 1990-91. Departamento de Salud.

declaración de 3 y más problemas: sólo un 13% de los menores de 65 años, frente a un 44% de las personas de entre 65 y 74 años, y el 56% de los mayores de 75 años.

Los problemas de salud más comunes en la población mayor de 65 años son, fundamentalmente, de carácter crónico y en muchos casos generadores de incapacidad. Los principales son los derivados del sistema osteoarticular (27 de cada 100 personas mayores de 65 años).

La incapacidad en la población general es de un 6%, de un 19% en las personas de entre 65 y 74 años, y de un 22% en los mayores de 75 años. Esta prevalencia es ligeramente mayor en los hombres menores de 75 años, y 6 puntos mayor en las

mujeres que en los hombres mayores de esa edad (Fig. 4).

Esta incapacidad se plasma en la esperanza de vida a los 65 años. A esta edad en Navarra se espera que los hombres vivan un promedio de 15 años más, y 19 más las mujeres. De estos 15 años de promedio de los hombres 5 los van a vivir con algún tipo de limitación, en el caso de las mujeres de los 19 años más que esperan vivir, 6 lo van a ser con incapacidad.

En la figura 5 se ve cómo las mayores diferencias se producen en el peso de la incapacidad y el peso de la cronicidad. Un 33% de los menores de 65 años sufre incapacidad o más de dos problemas crónicos de salud, frente a un 80% de las personas mayores de 65 años.

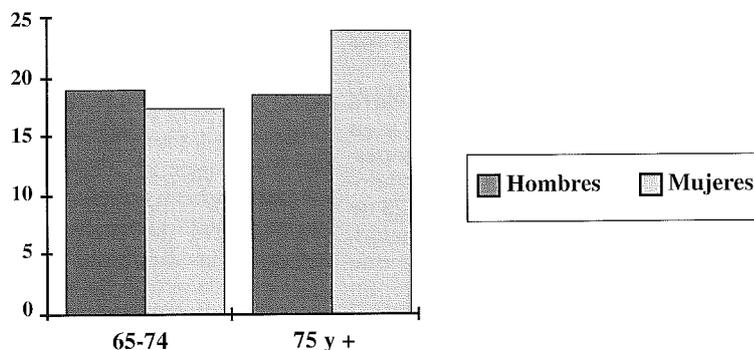


Figura 4. Prevalencia de la limitación total de la actividad por edad y género. Fuente: Encuesta de Salud 1990-91. Departamento de Salud.

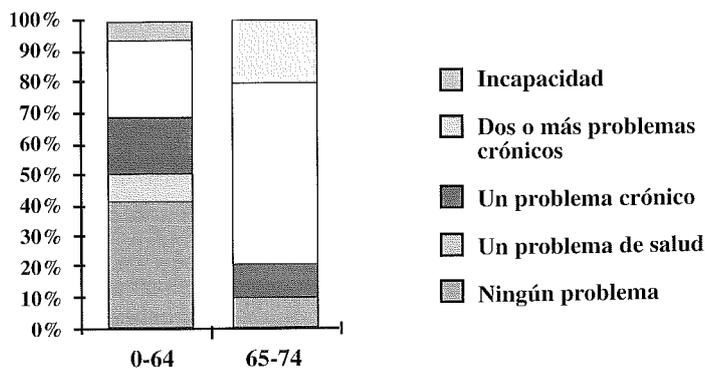


Figura 5. Componentes del índice global de salud por edad. Fuente: Encuesta de Salud 1990-91. Departamento de Salud.

Sin embargo, y como contraste frente a los problemas de salud física, no hay diferencias ni con respecto a la edad ni al género en lo que se refiere al índice de bienestar psicológico, un índice que valora la habilidad individual para afrontar las tensiones de la vida cotidiana.

Los cuidados informales

La incapacidad se vive fuera del ámbito institucional, en los hogares, en las unidades familiares. Del total de años que se vive padeciendo incapacidad, un 80% se vive en el hogar, en la comunidad, y sólo un 20% se vive en una institución.

Una persona puede pasar a lo largo de su vida un total de 10,4 años en incapacidad, de los cuales 6,7 serán de carácter permanente, 2,9 de carácter temporal y 0,8 institucionalizado (0,6 años los hombres y 1,1 las mujeres)⁴.

¿Puede la estructura familiar de los hogares soportar esta tarea?

En un 38% de los hogares de Navarra viven personas mayores de 65 años, y en casi la mitad de estos (42%) todas las personas son mayores de 65 años. Centrándonos en la incapacidad, en Navarra en 23 de cada 100 hogares hay al menos una persona limitada, a la que la familia tiene que ayudar, de la que tiene que ocuparse. En un 21% de los hogares en los que hay al menos una persona con limitación permanente de la actividad, todos son mayores de 65 años -esto supone un 5% de los hogares de Navarra-.

¿Y quiénes son estos cuidadores?

Fundamentalmente mujeres. De cada 10 cuidadores 7 son mujeres que dedican a estos cuidados un promedio de 25 horas a la semana. Además, es preciso señalar que estos cuidadores son sobre todo personas mayores (4 de cada 10 son mayores de 65 años). Hay que recordar que en un 5% de los hogares navarros hay al menos una persona incapacitada y todos sus miembros son mayores de 65 años.

El cuidado de la salud sigue siendo una obligación familiar

¿Cuál es el futuro? Se va a producir un descenso en el número de miembros del hogar -actualmente en Navarra hay un promedio de 3 personas por unidad fami-

liar-, descenso que va a generar la necesidad de nuevas formas de afrontar este tipo de cuidados, pues no habrá más oferta o disponibilidad de hogares para la población de la que hay ahora o de la que hubo en las dos décadas anteriores.

La desinstitucionalización pone en evidencia la insuficiencia o falta de adecuación de los programas sanitarios y sociales

En Navarra el Plan de Salud Mental (1986)⁵ constituye el marco legal de la atención a la salud mental. A partir de él se sentaron las bases del programa de desinstitucionalización de pacientes del Hospital Psiquiátrico, lo que evidenció la persistencia de la cronicidad y la insuficiencia o falta de adecuación de los programas alternativos sanitarios y sociales. Desde entonces no ha habido nuevas reglamentaciones ni nuevos programas que vayan delimitando competencias del sistema sanitario y social para responder a las nuevas necesidades detectadas.

Se observan serias diferencias, en el nivel de cobertura, entre los pacientes procedentes del Hospital Psiquiátrico y las personas atendidas en la comunidad. En la práctica actual de salud mental comunitaria ha surgido un nuevo colectivo, los llamados *nuevos crónicos*, que no han requerido internamientos prolongados y han vivido en la era de la desinstitucionalización desde comienzo de su enfermedad. Son personas que presentan un serio deterioro psicossocial:

- Fuerte descenso de iniciativa, que lleva a la extinción de conductas sociales espontáneas.
- Dificultad para mantener el rendimiento en cualquier actividad.
- Descenso del interés y la motivación.
- Tendencia al aislamiento social, con rechazo expreso de la compañía.
- Pérdida de los patrones y habilidades sociales.

Estos enfermos necesitan repetidamente permanencias en instituciones psiquiátricas, y/o consumen prestaciones de forma continuada durante prolongados

periodos de tiempo. Pero hay casos en que, más que al internamiento psiquiátrico, se recurre al uso de dispositivos comunitarios de la Red de Salud Mental.

Tras once años de Reforma Psiquiátrica se constata:

- La persistencia de un grupo significativo de enfermos que, superadas sus crisis, mantienen síntomas limitadores de su capacidad de vivir. Padecen serias carencias en materia de Recursos Sociales, y esas carencias condicionan significativamente su pronóstico.

- La existencia de barreras entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, tanto en el terreno organizativo como en el económico, lo que implica el fraccionamiento de las prestaciones y la insuficiente cobertura de las necesidades.

Dos instituciones públicas en Navarra: Salud y Bienestar social, dos proyectos diferentes

Las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de los ciudadanos han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades, sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época.

Con el fin de evitar remontarnos a épocas históricas excesivamente distantes de la presente, este documento parte del momento en que la Constitución Española de 1978 reconoce a las Comunidades Autónomas competencias en materia de Salud y de Servicios Sociales, que en el caso de la Comunidad Foral de Navarra se sitúa en la aprobación de la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de reintegración y mejoramiento del Régimen Foral de Navarra -LORAFNA-.

La citada Ley reconoce a Navarra competencia exclusiva en cuanto a Sanidad y a Asistencia Social. En el Art. 53, punto uno, dice: "En materia de sanidad interior e higiene, corresponden a Navarra las facultades y competencias que actualmente ostenta y, además, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del

Estado". En cuanto a Asistencia Social, el artículo 44 delimita facultades y competencias. En los puntos diecisiete y dieciocho, respectivamente, dice: "Asistencia Social, desarrollo comunitario, condición femenina, política infantil y de la tercera edad".

A su vez, la Ley 7/1985, de Bases de Régimen Local, reconoce a las entidades municipales o Ayuntamientos competencias en materia de Salud y de Servicios Sociales. Los epígrafes del artículo 25 dicen, en concreto: punto "h) Protección de la salubridad pública; i) Participación en la gestión de la atención primaria de la salud; k) Prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social".

Posteriormente trasposos de servicios del Estado central de la nación a la Comunidad Foral en los Sistemas de Salud han sido los siguientes:

- Servicios en materia de Sanidad: Real Decreto 1697/1985, de 1 de agosto.

- Funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD): Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre.

En los Servicios Sociales se han producido las siguientes transferencias:

- En materia de asistencia y servicios sociales: Real Decreto 1702/1985, de 1 de agosto.

- En materia de fundaciones benéficas asistenciales: Real Decreto 274/1986, de 24 de enero.

- En materia de deporte, asistencia social y promoción sociocultural: Real Decreto 335/1986, de 24 de enero.

- Funciones y servicios del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO): Real Decreto 1681/1990, de 28 de diciembre.

Con todo ello se ha completado el mosaico de competencias de las instituciones de la Comunidad Foral, tanto en materia de Salud como de Servicios Sociales.

Por tanto, a partir del comienzo de la década de los ochenta, y con el fin de desarrollar las competencias asumidas por la Comunidad Foral, en Navarra nacen y se desarrollan dos estructuras orgánicas

independientes, siguiendo el anterior modelo estatal, y dos organismos autónomos: "Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea", adscrito al Departamento de Salud, e "Instituto Navarro de Bienestar Social", adscrito al Departamento de Bienestar Social, ambos del Gobierno de Navarra.

Aunque en determinados mandatos gubernamentales ambos organismos autónomos han estado adscritos al mismo Departamento del Gobierno Foral, tanto en su normativa como en su funcionamiento han tenido una escasa relación, y en ocasiones han confluído elementos y datos que han evidenciado una cierta competitividad.

En cuanto a su normativa, es conveniente resaltar algunos aspectos. En la Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, sobre Servicios Sociales, en el artículo 3º, "Áreas de actuación", punto e), "Familia y comunidad", al final del párrafo se señala: "A tal finalidad dentro de la conveniente sectorización administrativa, se dispondrá de equipos multidisciplinares que aborden con competencia y profesionalidad los problemas que se deriven de las facetas del bienestar social no vinculadas directamente ni a la educación docente ni a la sanidad".

A su vez la citada Ley Foral 14/1983, en el apartado "De los Ayuntamientos", artículo 6º, señala en el punto g) como funciones de estos entes locales las siguientes: "Desarrollar la coordinación adecuada con los servicios educativos, culturales y sanitarios para conseguir una máxima eficacia y economía de servicio en las prestaciones a realizar".

De los citados apuntes podría deducirse que la Ley Foral de Servicios Sociales utiliza criterios contradictorios respecto a los del Sistema sanitario, descoordinados en cuanto a las actuaciones del Gobierno, y coordinados en cuanto a las actuaciones de los Ayuntamientos.

La normativa que regula las prestaciones del Sistema de Salud en Navarra se recoge en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre "Ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud", que, entre otros aspectos, señala la voluntad de la Administración Foral de facilitar atención y asistencia sanitaria a toda la población. De especial interés, en relación con el motivo de este documento,

es la Disposición adicional 4ª, que dice: "La atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales".

La Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, en el artículo 5 reconoce los "Derechos de los ciudadanos ante los Servicios Sanitarios"; el artículo 6 trata del "Derecho al disfrute del medio ambiente compatible con la Salud"; el artículo 7 de los "Deberes de los ciudadanos en cuanto a la utilización del sistema sanitario"; el 23 de la "Intervención pública en relación con la Salud, competencias y funciones de las Administraciones Forales"; los artículos 34 al 37 de las "Competencias de la Administración Municipal"; el 38 de las "Estructuras de Atención Primaria de Salud"; y los artículos 41 al 44 de los "Órganos de Participación Ciudadana" (modificados por Ley Foral 2/1994, de 28 de febrero, en relación con los nombramientos de Directores de Equipos de Atención Primaria).

Con esta perspectiva, se intenta redimensionar y enfocar el "espacio sociosanitario", sin olvidar las dificultades que nacen de los razonamientos anteriormente expuestos en cuanto a la normativa y al funcionamiento de los sistemas de salud y de servicios sociales de Navarra, que ponen de manifiesto la necesidad de que se encuentren en el "espacio común".

CRITERIOS BÁSICOS DE ACTUACIÓN: CENTRAR LA OFERTA DE SERVICIOS SOCIOSANITARIOS EN LAS PERSONAS, Y COORDINAR LOS CUIDADOS

La atención a los grupos necesitados de atención no estrictamente sanitaria o social se ha caracterizado por:

- Una orientación eminentemente curativa, que no responde a las necesidades específicas de estos grupos.

- Una falta de definición de recursos y servicios específicos. El hecho de ser servicios gestionados entre dos instituciones plantea problemas no sólo de coordinación, sino de definición. ¿Es el usuario mío o tuyo?, ¿es de salud, o es de servicios sociales? Aunque ese "mío" o "tuyo" se centra más en los profesionales y las instituciones que en las necesidades de las personas.

- La responsabilidad de los cuidados está repartida entre diferentes organizaciones.

- Hay diferentes prioridades y estilos de gestión en cada una de las organizaciones.

- Existe una inercia específica inherente a cada organización.

El mayor desafío de la atención socio-sanitaria radica, por tanto, en conseguir que los servicios estén centrados en las personas. Un sistema así debe poseer las siguientes características:

- Promover un mayor abanico de servicios y de formas en que éstos se dispensen.

- Disponer de mejor información para permitir a los individuos identificar y acceder a los servicios más adecuados.

- Promover principios de equidad en el acceso a los servicios y de equidad de resultados para las personas que acceden a los servicios sociales y de salud; y promover la participación ciudadana en la planificación, tanto de la salud como de los servicios.

- Promover la continuidad de cuidados, lo que incluye una mejor coordinación entre los servicios.

- Adaptarse a los cambios en las expectativas de los ciudadanos.

La atención a las personas con problemas crónicos se ha resuelto de una manera muy tradicional. A menudo, se ha centrado en identificar si a la persona le corresponde determinada prestación, más que en una valoración global de sus necesidades. Si no les corresponde ese servicio se les deriva (se les deja a la deriva, podríamos decir), confiando en la innata capacidad de los ciudadanos para navegar por

el laberinto de los servicios, prestaciones o recursos.

El punto de partida de la transformación necesaria se centra en el reconocimiento de tres categorías básicas de necesidad individual:

- Muchas personas tienen necesidades ocasionales y no complicadas: a veces requieren atención de un solo servicio, y se puede solucionar su problema sin ningún tipo de ayuda extra.

- Otras tienen necesidades centradas en un episodio agudo. Por ejemplo, los cuidados de enfermería en el domicilio tras una intervención quirúrgica.

- El tercer grupo requiere una mezcla de servicios muy diferente a lo largo de un periodo dilatado de tiempo, una atención más intensiva y coordinada volcada en sus problemas concretos. Es el grupo numéricamente más pequeño, pero representa una proporción importante en el uso de servicios.

La forma de resolver los problemas de coordinación existentes se basa en trabajar en un plan individualizado de servicios, esto es, en una estrategia que organice y coordine los cuidados a cada individuo. Los objetivos, por tanto, implican más la movilización y coordinación de un grupo de diferentes agencias y servicios para lograr un objetivo claramente formulado, que el que cada servicio o agencia establezca objetivos separados y diferentes ⁷⁹.

Funciones básicas del Plan de Servicios individualizado

- Identificación de casos. Desarrollo de sistemas de penetración en las redes asistenciales comunitarias para garantizar la identificación de casos potenciales de riesgo que podrían beneficiarse de los servicios.

- Selección y admisión.

- Evaluación y reevaluación. Utilización de instrumentos multidimensionales, altamente estandarizados y basados en instrumentos de valoración de conocida validez y comparabilidad.

- Elaboración del plan individualizado de cuidados. Incluye el empleo de recursos formales e informales.

- Organización de los servicios. Desarrollo real del plan de cuidados. Varían desde la simple gestión personal hasta la capacidad de compra de servicios.

- Monitorización y evaluación. Su tarea no termina con la derivación sino que incluye la monitorización de que los servicios están siendo provistos, de acuerdo con el plan de cuidados, en tiempo, cantidad y calidad, así como la evaluación de sus resultados.

Funciones opcionales

- Intermediación para el cliente y la familia.

- Planificación presupuestaria de los servicios.

- Gestión de la calidad y evaluación de la utilización.

- Provisión directa de los servicios.

El Plan de Servicios es una estrategia que opera a diferentes niveles asistenciales y administrativos para individualizar, organizar y coordinar un "paquete" total de servicios, a menudo en el domicilio, pero frecuentemente en o a través de otros recursos asistenciales.

Desde una perspectiva conceptual, el Plan implica el paso desde la organización orientada a los recursos o servicios, a la organización orientada al caso y al proceso. De hecho implica un replanteamiento de la organización de la asistencia.

El Plan exige definir las indicaciones (tipo de población y problemas) donde se pueda demostrar su eficiencia. Por ejemplo, si un individuo está ingresado en el hospital, es el médico especialista quien decide cuándo hay que dar el alta. Sin embargo, el tipo de atención que va a necesitar fuera del hospital tiene que tener en cuenta la coordinación entre el especialista, otros profesionales del hospital, la atención primaria (atención domiciliaria), el propio individuo, sus familiares, etc.

La coordinación de la atención deberá tener las siguientes características:

- El acceso a la atención coordinada se producirá tras un estudio integral del caso.

- La decisión de recibir este tipo de atención será totalmente voluntaria por parte del paciente y de sus familiares (cuidadores).

- El paquete de servicios ofrecidos puede incluir todo tipo de servicios: atención primaria, cuidados domiciliarios, atención médica, atención de día, residencial, etc.

Un sistema coordinado de atención deberá incluir:

- Un mecanismo de identificación de las personas que puedan beneficiarse de esta coordinación.

- Una red de "gestores" de cuidados, responsables de seleccionar la mejor gama de servicios junto con la persona afectada y sus cuidadores, y de asegurar que recibe la atención más adecuada en el momento preciso.

- Unos criterios que permitan identificar qué es "una buena práctica" en la atención a los individuos y a sus cuidadores, y que asegure que se les provee de los mejores cuidados posibles.

PERSONAS CANDIDATAS A LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Las personas candidatas a la atención sociosanitaria pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Personas con problemas crónicos o incapacidad física y/o cognitiva.

- Minusvalías físicas, psíquicas y sensoriales.

- Las personas cuidadoras.

Tipos de servicios necesarios para cubrir las necesidades de estos grupos

- Valoración especializada social, médica y de enfermería.

- Cuidados continuos durante el ingreso bajo supervisión especializada en el hospital o en la residencia.

- Servicios de rehabilitación.

- Cuidados paliativos.

- Servicios de respiro: periodos de corta estancia en espacios residenciales, que ofrecen a los familiares y amigos (cuidadores) un descanso.

- Atención Domiciliaria sanitaria y social.

- Apoyos Técnicos.

- Servicios de Día: cuidados sociales y personales, rehabilitación y ocio.

- Terapia ocupacional: valoración y tratamiento de personas con una discapacidad para mejorar la movilidad y la independencia.

- Servicios de podología.

- Transporte: para desplazarse a los centros de día y a otro tipo de recursos.

- Servicios especializados para grupos de personas con necesidades específicas:

- Servicios para personas con discapacidades físicas.

- Servicios para personas con limitaciones visuales y auditivas.

- Servicios para personas con dificultades de aprendizaje.

- Servicios para personas que no pueden permanecer en su domicilio, pero que quieren mantener el mayor nivel posible de independencia.

- Otros servicios especializados: VIH, alcohol, drogas, etc.

En Navarra se dispone de la mayor parte de estos servicios integrados en diferentes recursos, pero se carece sobre todo de servicios de respiro, de terapia ocupacional, de servicios de día específicos y de servicios de estancia temporal para personas con enfermedad mental crónica.

La carencia más importante no tiene que ver tanto con la oferta de recursos como con la necesidad de adecuar los servicios y recursos existentes de manera efectiva a las demandas, a través de una atención personalizada.

Personas con problemas crónicos o incapacidad física y/o cognitiva

Tal como se ha visto en el apartado sobre envejecimiento y necesidades de salud, el problema fundamental desde la perspectiva sociosanitaria es el que hace

referencia al peso de la cronicidad e incapacidad. No es un problema de edad, sino que tiene que ver con las necesidades asociadas a situaciones de mayor fragilidad. En este sentido, el problema tampoco se centra en la categoría diagnóstica, sino en el grado de discapacidad asociado a determinados problemas de salud, y en las posibilidades de resolverlo en el entorno familiar. Un mismo grado de discapacidad necesitará servicios diferentes en función de la red familiar de cada persona, de las características de ésta y de su vivienda, etc.

Este tipo de problemas (cronicidad e incapacidad) desafía a la orientación del sistema sanitario, cuya función, históricamente, ha sido la de curar. Ahora también hay que cuidar, y, además, rehabilitar. Por ejemplo, un 27% de las personas mayores de 65 años afirma tener problemas relacionados con el sistema osteomuscular.

Uno de los mejores ejemplos para ver la propuesta de la gama de servicios necesarios en función de las necesidades, y del reto que plantean a los sistemas sanitario y social, es el de la demencia: una enfermedad rara antes de los 60 años, pero que afecta al menos a una de cada 5 personas mayores de 80 años.

La enfermedad de Alzheimer no tiene curación ni posibilidades preventivas, aunque presenta cierta posibilidad terapéutica. El compromiso terapéutico tienen más importancia respecto al manejo del enfermo en el domicilio que respecto a su posible curación y tratamiento. El reto al que se enfrentan las sociedades desarrolladas está en cómo abordar la atención y el cuidado de las personas demenciadas sin que se haga recaer toda la responsabilidad de sus cuidados en el entorno familiar y, en especial, en el cuidador principal; dicho de otra forma, cómo mantener o mejorar la calidad de vida del "enfermo" sin que se resienta de forma importante la calidad de vida del entorno.

Es una enfermedad crónica que:

- Presenta un deterioro progresivo.

- Requiere unos cuidados permanentes por parte del entorno. Es la discapacidad que más carga supone para la familia, lle-

gando a ocupar los cuidados las 24 horas del día.

- El paciente no fallece a causa del Alzheimer sino por otras enfermedades intercurrentes; por tanto, la evolución puede complicarse también por la presencia de otras enfermedades como las cardiovasculares, o la diabetes.

La atención a los problemas de demencia en Navarra

Las personas cuidadoras. El papel central lo ocupan las familias. La media de horas que una familia dedica a la atención a una persona con incapacidad es de 25 horas a la semana. En el caso de los familiares de enfermos de Alzheimer la atención ha de prestarse durante las 24 horas del día.

Ayudas económicas. Al ser la demencia una enfermedad que, en la mayor parte de los casos, se produce una vez cumplidos los 65 años, no plantea problemas de pensiones, pues en general los enfermos tienen sus jubilaciones. El problema es más importante en los menores de 65 años. Hay dos tipos de ayudas en Bienestar Social: la ayuda económica para recibir atención domiciliaria, y la otorgada en las plazas concertadas de Centro de Día y Residencias.

Servicio de Atención Domiciliaria. Tanto para la realización de tareas domésticas como para el cuidado del enfermo en algunas labores (baño, cambio de pañales, vigilancia, sacarlo a pasear...), de tal modo que los cuidadores dispongan de tiempo libre para distanciarse de la agotadora provisión de cuidados.

Centros de Día para personas con demencia. Abiertos de 9 a 5, con programas que contribuyen a retrasar el deterioro y facilitan el descanso de los cuidadores.

Residencias para personas con demencia. Hay plazas concertadas por Bienestar Social en centros denominados psicogeriatricos. En realidad, los enfermos acceden a cualquiera de las 593 plazas asistidas concertadas por Bienestar Social.

Recursos Informales. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAN):

- Grupos de Apoyo
- Programa de vacaciones. Para descanso de los cuidadores, durante los meses de verano y por periodos de quince días.
- Bolsas de cuidadores

Minusvalías físicas, psíquicas y sensoriales

Los diferentes tipos de minusvalías demandan necesidades sociosanitarias diversas. El objetivo asistencial se centra en favorecer la integración y la autonomía de estas personas. Se incluye la enfermedad mental crónica en este apartado por considerar que su reconocimiento como minusvalía psíquica permite el reconocimiento del derecho a una serie de prestaciones sociales.

Enfermedad mental crónica

A pesar de los cambios producidos en los últimos decenios (el cambio de un sistema institucional, manicomial, a uno comunitario ha sido una de las mayores transformaciones en la provisión de servicios), las necesidades de las personas con enfermedad mental crónica no han sido correctamente resueltas¹⁰.

Hay que recordar que, históricamente, la marginación de la atención a los problemas de salud mental del resto de los problemas de salud permitía a los institucionalizados desarrollar toda la vida dentro del Hospital Psiquiátrico.

Sin embargo, los servicios ofertados en su sustitución son, en la actualidad, inadecuados y están fragmentados. El acceso a los servicios domiciliarios, a la vivienda, a la rehabilitación y a la formación ocupacional, o al ocio, etc., es problemático por diferentes motivos.⁶

Hay toda una serie de factores que han contribuido a estos problemas:

- los pacientes con enfermedad mental sufren marginación en los sistemas de servicios sociales y de salud.
- la organización histórica y la financiación no son adecuadas.

- hay una falta de claridad entre los diferentes niveles de atención, y entre los distintos sistemas.

- las personas con este tipo de problemas pueden ser excluidas o consideradas de baja prioridad en los programas de servicios sociales, educativos u ocupacionales.

- no se ha producido la transferencia financiera necesaria entre las instituciones psiquiátricas totales (hospital psiquiátrico) y los servicios de apoyo comunitario: educativos, ocupacionales, etc.

Estas transformaciones en la atención han planteado nuevas preguntas: ¿Qué tipo de servicios de salud mental son los que hay que ofertar?; ¿cuál es la relación que debe haber entre la red de salud mental, el resto del sistema sanitario y otros sistemas para garantizar que las necesidades de residencia, apoyo comunitario, empleo, renta, se cubran correctamente?; ¿cómo deben organizarse los servicios para las personas con problemas mentales crónicos, problemas que antes se resolvían en el manicomio y que ahora siguen necesitando tratamiento y apoyo intensivo?

Baste señalar la falta de derechos de los enfermos mentales en términos de cobertura de servicios sociales. La normativa vigente está centrada en las "minusvalías", como incapacidad asociada a problemas físicos, sensoriales o intelectuales. La normativa se basa en medidas de enfermedad física y no se centra adecuadamente en los problemas asociados con la enfermedad mental.

En el panorama actual de la salud mental comunitaria ha surgido un nuevo colectivo, los llamados nuevos crónicos, que no han requerido internamientos prolongados y han vivido en la era de la desinstitutionalización desde el comienzo de su enfermedad. Son personas que presentan un serio deterioro psicosocial caracterizado por:

- Fuerte descenso de iniciativa, que lleva a la extinción de conductas sociales espontáneas.

- Dificultad para mantener el rendimiento en cualquier actividad.

- Descenso del interés y la motivación.

- Tendencia al aislamiento social, con rechazo expreso de la compañía.

- Pérdida de los patrones y habilidades sociales.

- Repetidas permanencias en instituciones psiquiátricas y consumo de prestaciones de forma continuada durante periodos de tiempo prolongados, sin que el internamiento psiquiátrico sea la forma predominante, pero recurriendo, en algunos casos con frecuencia, a dispositivos comunitarios de la Red de Salud Mental.

Once años después de iniciado el proceso de reforma psiquiátrica en Navarra se constata¹¹:

- La existencia de un grupo significativo de enfermos que superadas sus crisis mantienen síntomas persistentes que limitan su capacidad de vivir. Son enfermos que padecen serias carencias en materia de recursos sociales, las cuales condicionan significativamente su pronóstico.

- Se observan barreras entre servicios sanitarios y servicios sociales, en el terreno organizativo y en el económico, que implican el fraccionamiento de las prestaciones y la insuficiente cobertura de las necesidades.

En el estudio "*Hacia una atención integradora. Análisis desde el trabajo social de las necesidades sociales de los enfermos psiquiátricos*", realizado en 1995 por el colectivo de trabajadores sociales de la Red de Salud Mental, se indican los problemas de los enfermos mentales crónicos.⁷

En el Area Residencial, el 50% presentaba carencias de servicios/recursos de diverso tipo:

- el 22% tenía necesidad de residencia asistida.
- el 35% requería piso tutelado.
- el 23% necesitaba piso semitutelado.
- el 5% requería patrona protegida.
- el 13% necesitaba atención domiciliaria.

En el Area Ocupacional-Laboral, un 28% de la población estudiada presentaba necesidades de diverso tipo:

- el 32% era candidato a centros especializados de empleo.
- el 27% requería un centro ocupacional.
- el 22% necesitaba empleo social protegido.
- el 18% tenía necesidad de programas de reinserción laboral.

El 50% tenía necesidad de algún tipo de servicio centrado en el Ocio y Tiempo Libre, y el 30% de algún tipo de Apoyo en la Comunidad.

Las personas cuidadoras

Sería preciso contar con una gama de servicios que apoyaran la labor de los cuidadores, y que no siempre se pueden separar de las necesidades de la persona a la que se cuida. Muchas veces los mismos servicios cumplen su papel para las diferentes partes:

- Uno de los servicios necesarios es el denominado de "respiro". Son servicios residenciales temporales de corta estancia. El "respiro" ha de ser flexible, en términos de disponibilidad, de posibilidad de reserva de plaza, de situación, etc. Y es que hay que reconocer la existencia de "emergencias" en las vidas de las familias que hacen que puedan necesitar ese servicio de alivio -por ejemplo, si el cuidador ingresa en el hospital, o fallece algún familiar del cuidador que exija su desplazamiento-. Este tipo de servicio es hoy casi inexistente.

- Atención de Día: Hay que calibrar si los horarios y los servicios que ofertan son los más adecuados para satisfacer las necesidades de la persona afectada y de sus cuidadores. Muchas veces los horarios no son compatibles con jornadas laborales "normales" de los cuidadores.

- Establecer la "valoración de necesidades" como un derecho de los ciudadanos. "La valoración debe tener en cuenta los deseos del individuo y su cuidador, y la capacidad del cuidador para dar los cuidados (...); deben realizarse esfuerzos para ofrecer servicios flexibles que permitan a los individuos y a sus cuidadores optar entre decisiones".

- Formación/apoyo de los cuidadores: Actualmente, y ya desde hace unos años, los centros de salud ofertan, como actividad de grupo un conjunto de sesiones orientadas a personas cuidadoras. Los objetivos de esta actividad son: transmitir conocimientos e información sobre higiene, alimentación, cambios posturales y recursos existentes, así como crear un espacio de reflexión y análisis donde poner en común las sensaciones que sienten por su condición de personas cuidadoras. En ella participan habitualmente distintos profesionales de enfermería, trabajo social y medicina. La captación de estas personas se realiza en la mayoría de los casos directamente desde las consultas de medicina y/o enfermería o indirectamente a través del programa de atención domiciliaria (no olvidemos que los pacientes en él incluidos son los que cuentan con una persona cuidadora). La evaluación es a veces dificultosa, aunque el nivel de satisfacción de las personas asistentes es normalmente muy alto.

EJEMPLOS DE SITUACIONES SUSCEPTIBLES DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Caso uno

Varón de 72 años, incluido en programa de atención domiciliaria del centro de salud, que cuenta con un grado de incapacidad leve. Debido a complicaciones en su proceso, es ingresado en el hospital. Posteriormente es dado de alta en situación de encamamiento. Sin embargo, transcurren diez días hasta que la trabajadora social del centro de salud conoce esta situación. Tras un análisis del caso, se comprueba que son precisas reformas en la casa, una cama articulada, solicitar voluntariado y ayuda domiciliaria.

No haber procurado una continuidad de cuidados entre las dos instituciones (hospital y centro de salud) genera una desatención en el paciente, aunque esto se produzca por un periodo breve de tiempo, incrementando la estancia hospitalaria.

Caso dos

Mujer de 80 años que vive con una hija de 55 años, está en tratamiento psiquiátrico desde hace diez y precisa cuidados continuos. Con el fin de aliviar la sobrecarga, sobre todo emocional de la hija, se acuerda tramitar la atención domiciliaria en Bienestar Social. Esta prestación, al ser concedida, permite contar con una persona ajena al núcleo familiar que contribuya a la oferta de cuidados.

Transcurridos unos meses, y tras un intento de suicidio por parte de esta mujer, es ingresada en una clínica psicogerátrica de titularidad privada. Al objeto de rebajar los gastos de la familia, los profesionales de la clínica plantean la posibilidad de tramitar una ayuda en Bienestar Social. Para ello se le deriva al Servicio Social de Base. De esta manera queda al descubierto la falta de coordinación entre servicios, a la vez que se vulnera el derecho que tiene la persona/familiar usuaria a la accesibilidad y a contar con un profesional de referencia.

Caso tres

Varón de 23 años con diagnóstico de esquizofrenia, y una evolución de 5 años de la enfermedad. Convive con su familia de origen: estructura familiar incapaz de atender adecuadamente al enfermo, actitudes agresivas y excesivamente tolerantes. Sería patología familiar: probable padre alcohólico; madre con limitación intelectual; una hermana encamada "por depresiones" desde hace 10 años, sin diagnóstico ni historia; hermana menor con abandono escolar, fracaso, y serias dificultades de adaptación social. Siempre se ha atendido al paciente en situaciones de descompensación. Ingresos repetidos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Dado de alta estabilizado, sin plantear ninguna intervención de acceso a recursos que favorezcan el mantenimiento del enfermo en la comunidad (Centro ocupacional, actividades de ocio, servicios de rehabilitación...). Cuando se procede a la gestión de estos recursos, imposibilidad de disponer de ellos en el tiempo (por falta de plazas). También se plantea una intervención en el medio familiar, movilizándolo todas las agencias que puedan tener más

fácil acceso por aceptación en el grupo familiar (servicios sociales, centro de salud mental, atención domiciliaria). Es francamente difícil que alguien asuma la responsabilidad del caso, o establecer un plan de intervención coordinado entre las diferentes agencias.

Caso cuatro

Mujer de 33 años con trastorno de alimentación. Evolución de varios años, sin remisión del cuadro. Ha accedido a diversos dispositivos de Salud Mental (Centro de salud mental, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Hospital de Día...). Poses cargas familiares (hijos menores).

En este momento requiere:

- mantener el tratamiento psiquiátrico (ya vinculada a servicios de salud mental).
- apoyo para el cuidado del hogar.
- garantizar una correcta alimentación.
- la resolución de una situación económica precaria (sin fuente de ingresos).
- garantizar adecuada atención a los hijos.

Esto supone un intento de coordinación con otros dispositivos (atención domiciliaria, seguimiento en la atención a sus hijos, gestión de fuentes de ingresos -rentas básicas...).

Caso quinto

Mujer de 47 años, con diagnóstico de esquizofrenia. Vive sola, no cuenta con ningún apoyo familiar. Ninguna relación afectiva significativa.

Frecuentes ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, siempre por autorización judicial, mediando denuncia del vecindario por conductas escandalosas (recolectar basura en casa, amenazas y agresiones al vecindario, tirar objetos por la ventana...). Ingresa en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Una vez estabilizado el cuadro es dada de alta. Inmediatamente abandona el tratamiento farmacológico y no continúa en contacto con centros de Salud Mental.

Persona sin soporte, sería incapacidad para vivir con autonomía. Nunca se ha asumido la movilización de otros recursos en

la comunidad que favorezcan el mantenimiento de esta paciente en condiciones de vida de mayor calidad. Las intervenciones son puntuales y para tratar la situación de crisis.

Caso sexto

Mujer de 43 años de edad, afectada de disminución psíquica severa, se le desencadenan una serie de factores patológicos añadidos que hacen imprescindible el ingreso en un centro hospitalario de Navarra. Una vez superado el periodo agudo es dada de alta en condiciones de vida vegetativas. Vive con su madre de más de 80 años de edad, por lo que la vuelta al domicilio es imposible. Se realizan gestiones para su ingreso en una residencia de ancianos, pero por su edad no reúne los requisitos; tampoco se le acepta en otro tipo de instituciones debido a su necesidad de constantes cuidados sanitarios.

PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PARA GARANTIZAR LA ARTICULACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Por parte del Departamento de Salud

- Asegurar la continuidad en los cuidados sanitarios, y a su vez garantizar la cobertura de las necesidades sociales en la red del sistema sanitario (en tanto que la necesidad médica sea la relevante).
- Garantizar la atención a los pacientes con necesidades sociales que son objeto de rehabilitación funcional durante el periodo de convalecencia posterior a haber sufrido un proceso agudo incapacitante. Esta intervención deberá ser prioritaria para las patologías que puedan originar minusvalías.
- Mejorar el proceso de derivación de pacientes entre los niveles asistenciales en caso de alta médica, debido al perjuicio que por motivos no médicos ocasiona el retraso en el alta hospitalaria.
- Garantizar cuidados paliativos a pacientes con enfermedad en fase terminal.
- Establecer el derecho a la atención domiciliar, como prestación del sistema,

para enfermos que no puedan desplazarse al Centro de Salud, en desarrollo del Real Decreto 63/1995 sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

- Evaluar, en los servicios de Atención Primaria, la capacidad de funcionamiento físico y cognitivo de las personas mayores de 70 años que permanezcan en sus domicilios. Incluir esta intervención, como un objetivo, en el contrato programa.

Por parte del Departamento de Bienestar Social

- Reconocer como objeto de prestación social la minusvalía psíquica que genera la enfermedad mental crónica.
- Establecer baremos objetivos respecto a las necesidades sociales de los enfermos físicos y mentales, a efectos de su incorporación a los programas de asistencia social.
- Incorporar en las acreditaciones de las Residencias con plazas asistidas la adecuada atención sanitaria como servicios propios.

Por parte de otras unidades administrativas del Gobierno de Navarra

- Arbitrar entre los Departamentos de Bienestar Social y de Salud, en relación a la financiación de las atenciones, la provisión de las prestaciones y la gestión de las ayudas. Lo mismo sobre los servicios que hayan de intervenir, cuando concurren en ellos personas que requieran atenciones sociosanitarias.
- Garantizar las atenciones a los ciudadanos con necesidades simultáneas (sociales y sanitarias) a efectos de que sean recibidas de forma personalizada e integrada.
- Evaluar las atenciones sociales y sanitarias de carácter concurrente.
- Fomentar apoyos de carácter económico, educativo y dotacional que faciliten la atención a las personas con minusvalías sociales y sanitarias, como también al entorno familiar y social que les asiste.

BIBLIOGRAFÍA

1. PORTELLA E, CARRILLO E. La atención sociosanitaria. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo MJ. La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995. Barcelona. SG ed. 1995.
2. MCKINLAY JB, MCKINLAY SM, BEAGLEHOLE R. A review from the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. *Int J Health Services* 1989; 19: 181-208.
3. ELOLA J. Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma. Barcelona: SG editores. 1994: 34-35.
4. Departamento de salud ¿Cómo estamos de salud?. Pamplona Gobierno de Navarra. 1993.
5. Gobierno de Navarra. Departamento de Sanidad y Bienestar Social. Plan de Salud Mental. Mimeograph. 1986.
6. A Discussion Paper prepared by the Council of Australian Government's Task force on Health and Community Services. Health and Community services: Meeting peoples's needs better. January 1995.
7. CHALLIS D, DARTON R, JOHNSON L, STONE M, TRASKE K, WALL B. Supporting frail elderly people at home. Kent: PSSRU. 1989.
8. CHALLIS D, CHESSUM R, CHESTERMAN J, LUCKETT R, TRASKE K. Case . Case management in social and health care. Kent: PSSRU. 1990.
9. Servei Catalá de la Salut. El modelo de atención sociosanitaria en Cataluña. 1996.
10. Commonwealth of Australia. National Health Strategy. Help where help is needed: continuity of care for people with chronic mental illness. 1993.
11. Trabajadores sociales de la Red de Salud Mental de Navarra. Hacia una atención integradora. Análisis desde el trabajo social de las necesidades sociales de los enfermos psiquiátricos. Mimeograph. 1995.