

COLABORACION ESPECIAL**EL SINDROME SOCIO-SANITARIO. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION ANTE UN PROBLEMA NUEVO EN SALUD PUBLICA****Carlos Castaño Barroeta, Luis Cosset Aguinaco y Carlos Martínez Alonso.**

Unidad Geriátrica. Hospital de la Cruz Roja Española. Gijón

RESUMEN

Es evidente la creciente presión a la que se ven sometidas las diferentes redes de servicios sanitarios y sociales, como consecuencia de los cambios epidemiológicos, demográficos y socio-culturales en los que nuestra sociedad está inmersa.

Determinados pacientes (geriátricos, crónicos incapacitados y oncológicos, fundamentalmente) plantean múltiples demandas asistenciales sobre los recursos médicos y sociales que, frecuentemente, no son tratadas con la agilidad y flexibilidad adecuadas.

En el presente trabajo se expone un método de intervención, que consideramos puede ser útil en nuestro medio para conseguir una organización de recursos sociales y sanitarios, más acorde con las necesidades reales de estos pacientes, como es la gestión o coordinación del caso (case management).

Palabras clave: Atención sanitaria. Atención social. Gestión de casos.

ABSTRACT**Sociomedical Syndrome. Intervention Strategies to Manage a New Public Health Problem.**

Medical and social services are confronted with the increasing demands that our ageing society presents.

Some patients (specially geriatric, chronically disabled and oncologic patients) pose multiple needs of social and medical care that very often are not metted in a coordinated and comprehensive way.

In this work authors present case management as a tool to achieve a better organization of social and medical resources in accordance with the demands of this growing part of the population.

Key Words: Medical Care. Social Care. Case Management.

INTRODUCCION

Las diferentes redes de servicios, encargados de atender las necesidades de cuidados de salud de la población, se enfrentan actualmente a una creciente demanda, causada por una serie de cambios epidemiológicos, demográficos y socio-culturales, producidos en estos últimos años que, no por

conocidos e identificados, dejan de ser determinantes de esta situación.

El envejecimiento, tanto en términos absolutos como relativos de la población¹⁻³, el incremento de la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas⁴ y los cambios en las estructuras tradicionales de soporte, fundamentalmente la familiar⁵, han conducido a una situación caracterizada por un aumento en las necesidades de atención sanitaria y social de algunos colectivos de población, como son, especialmente, los enfermos geriátricos y los pacientes crónicos incapacitados⁶.

Las demandas que estos pacientes generan se caracterizan por ser múltiples, es decir, demandas no solo de tipo médico, sino social, psicológico, económico, personal, etc. Igualmente son demandas cambiantes que recaen sobre todos los niveles asistenciales: Atención Primaria de Salud, Hospitales, Servicios de Salud Mental, Servicios Sociales, etc. Otro elemento que caracteriza a la demanda es su prolongación en el tiempo, provocando la necesidad de unos cuidados continuados y, en ocasiones, permanentes.

Las respuestas que los distintos servicios dan a estas demandas suelen ser parciales y puntuales, actuando de forma sintomática y obviando la intervención sobre las causas múltiples que habitualmente originan el problema que tratan ⁷. No es infrecuente ver como un paciente, generalmente anciano, con un problema de salud que altera su frágil equilibrio psico-físico, vaga por diferentes niveles asistenciales, reclamando atención que obtiene en la forma antes señalada, lo que provoca una descompensación de su situación familiar que, al final se presenta, tanto a los servicios sanitarios como sociales, como un "problema social". Lo que, desde la perspectiva del servicio de salud, se considera un abandono del paciente por parte de sus familiares o cuidadores habituales, síndrome de dumping en terminología geriátrica ⁸, es en realidad, un síndrome de dumping, pero por parte de aquel servicio, que se desembaraça y abandona al paciente, y lo dirige a otra instancia, sanitaria o social. En el proceso seguido por el paciente nadie ha conseguido dar una respuesta global, integradora, coordinada y continuada.

En realidad, nos encontramos ante una presentación nueva de las demandas asistenciales, tanto de tipo médico como social, que no dudamos en llamar síndrome socio-sanitario. En el inicio de este problema está la incapacidad de los sistemas de servicios de salud globalmente considerados, sociales y sanitarios, para responder a la demanda y poner un correcto tratamiento a problemas, que son complejos no tanto desde un punto de

vista tecnológico como organizativo. El tratamiento no solo es inadecuado, sino que produce iatrogenia, que se mide por la pérdida progresiva de autonomía del paciente que puede conducir a la institucionalización precoz o a la muerte, si no se detiene el problema a tiempo. Al final del proceso, se atienden los efectos secundarios de la mala actuación del sistema y sus consecuencias negativas sobre el paciente y su medio familiar. En este trabajo se propone una metodología de actuación ante la problemática de estos pacientes que, pensamos, es original en nuestro medio tanto por su acercamiento y valoración (síndrome socio-sanitario) como por la estrategia de intervención, la gestión del caso (case management).

EL SÍNDROME SOCIO-SANITARIO. DEFINICION Y VALORACION

El síndrome socio-sanitario (SSS) es aquel problema de salud que se presenta en un paciente con demandas de atención y cuidados múltiples, tanto médicos como sociales, en diferentes niveles asistenciales (Primario, Hospitalario, Salud Mental, Servicios Sociales, etc.) que tienen una etiología plural (biológica, familiar, psicológica, etc), ante la cual el conjunto de servicios sanitarios y sociales es incapaz de dar una respuesta global y coordinada, lo que provoca una progresiva pérdida de autonomía del paciente.

El síndrome agrupa un conjunto de manifestaciones (demandas) de causa variada y su originalidad como problema estriba en la incapacidad de un abordaje adecuado con la tecnología organizativa habitual médica y social.

Todas estas características lo configuran como problema nuevo en el campo de la organización de las actividades de los servicios de Salud.

Podemos identificar un perfil de la población en riesgo que tiene más probabilidad de presentar este problema (SSS) y que, en general, coinciden con los criterios encontrados en la literatura de paciente anciano de

riesgo, frágil y vulnerable: pacientes de edad avanzada (mayores de 80 años), con escaso apoyo socio-familiar, con hospitalizaciones frecuentes, con patología física o psíquica invalidante, con una enfermedad terminal, con escasos recursos económicos y/o parejas con enfermedad de uno de sus miembros⁹. Son criterios de riesgo socio-sanitario que permiten describir la epidemiología del problema y sus posibles estrategias de actuación.

Es fácil identificar y valorar una situación de demanda asistencial como SSS, en base a estos criterios de riesgo y a las características que hemos

En general, pensaremos en un SSS cuando nos encontramos ante un paciente con problemas que conducen a una pérdida progresiva de autonomía, provocan una ruptura de su soporte socio-familiar habitual o bien ocasionan demandas repetidas en servicios sociales y sanitarios.

El SSS puede ser identificado por personal sanitario cuando la problemática médica predomina sobre la social, de lo contrario es el personal de los servicios sociales quien debe valorar una demanda social como susceptible de ser etiquetada con el síndrome que describimos.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Estamos hablando de pacientes con necesidades múltiples, de carácter prolongado, en varios niveles asistenciales y en diferentes sistemas de atención, tanto sanitario como social.

Ante estas necesidades, estos sistemas disponen de una organización que provoca una fragmentación estructural de los servicios que ofrecen, con el agravante de la ausencia de mecanismos dinámicos de integración que permitan coordinar diferentes prestaciones y servicios¹⁰⁻¹¹.

Ante esta situación, son cada vez más numerosas las iniciativas para superar estos

obstáculos y garantizar calidad, continuidad y accesibilidad.

Casi todas ellas centran en una mejor coordinación de los servicios la metodología para conseguir satisfacer el conjunto de demandas del paciente.

Como método para conseguir esta coordinación, la creación y consolidación de una sola entidad, encargada de la provisión de cuidados socio-sanitarios prolongados, se ha hecho realidad en diferentes países (Canadá, Dinamarca)¹²⁻¹³, mientras que en otros (Reino Unido, Australia, Holanda, Israel) se han desarrollado iniciativas para la unificación de las diferentes vías de financiación y prestación de los servicios, mediante estrategias específicas (Case management)¹⁴.

La gestión o coordinación del caso, como podemos traducir el término "case management", se puede considerar más como una estrategia para organizar y coordinar la atención a nivel del paciente o cliente, movilizándolo y coordinando un conjunto de agencias y servicios para conseguir un objetivo, que a diferentes agencias y servicios obtengan diferentes objetivos¹⁵⁻²¹. La naturaleza del síndrome socio-sanitario obliga a tomar iniciativas en estas direcciones que señalamos.

La creación de una red de servicios de atención socio-sanitaria, organizados en torno a una estructura administrativa única, en base a una planificación de necesidades y usando la gestión del caso como estrategia de intervención parecen formas coherentes de responder al problema. El gestor o coordinador del caso detecta problemas, valora necesidades, planifica cuidados y evalúa los resultados obtenidos. Para ello es preciso trabajar con una población diana específica, generalmente muy próxima a la institucionalización, manejar un presupuesto descentralizado y con autonomía de gasto y tener continuidad en la supervisión del proceso de provisión de cuidados. La red de servicios socio-sanitarios está integrada por un conjunto de servicios comunitarios destinados a pacientes en pérdida de autonomía, que prestan atención médica, social y personal de carac-

ter continuado. Estos servicios van desde los cuidados en domicilio, pasando por la atención en Unidades Geriátricas Hospitalarias con sus diferentes niveles asistenciales, hasta Centros con fines de residencialización.

La planificación de estos servicios se fundamenta en las necesidades de cuidados de la población en riesgo (ancianos de riesgo) que ya hemos señalado. Habría que añadir las necesidades específicas de ciertos colectivos como los pacientes con problemas psiquiátricos crónicos acompañados de incapacidad y las que experimentan los pacientes que precisan cuidados paliativos (enfermos de Sida y oncológicos terminales, principalmente).

La estrategia que se propone se basa en la intervención de un profesional especializado, que coordina los diferentes cuidados que un paciente con las características mencionadas necesita en el momento determinado. Este profesional, el gestor del caso, se constituye en el punto de contacto del paciente con la red descrita de servicios socio-sanitarios continuados.

Se pretende asegurar la detección más precoz posible de necesidades y su resolución y atención de la forma más eficiente.

REQUISITOS PARA CONSOLIDAR LA ESTRATEGIA DE INTERVENCION

Es evidente que son necesarios una serie de cambios en la organización y la relación entre los diferentes sistemas de servicios implicados, incluso entre las diferentes Administraciones implicadas.

Se está proponiendo un modelo de atención específico, con una puerta de entrada específica, en el que un profesional especial, el coordinador del caso, tiene capacidad para conseguir servicios de las diferentes entidades prestadoras, con autonomía presupuestaria que le permite respuestas flexibles y concretas a cada necesidad del paciente. Abundan las experiencias, siguiendo esta forma de trabajo que consiguen aunar inte-

gralidad, continuidad, calidad asistencial y contención de costes y que justifican la proposición que hacemos²⁰⁻²⁸.

Se requiere un consenso por parte de los servicios implicados en la necesidad de llevar a la práctica el modelo propuesto. La situación actual de dichos servicios se caracteriza por una serie de factores estructurales de tipo administrativo que, a nuestro juicio, dificultan una actuación coordinada como la que aquí se sugiere.

Probablemente sea conveniente comenzar por sensibilizar a los diferentes profesionales en la necesidad de innovaciones y cambios en el sistema actual que, asumiendo la multicausalidad de los problemas de salud, ofrece, sin embargo, soluciones altamente sectorizadas y especializadas con escasa coordinación.

La posibilidad de desarrollar una experiencia piloto, siguiendo el método señalado, puede ser factible en un ámbito concreto y fácilmente evaluable y comparable a la situación actual.

El presente trabajo ofrece soluciones reflejadas en la literatura actual y, quizás, solo se plantee como objetivo iniciar esta sensibilización de los profesionales de la salud, en la necesidad de ofrecer soluciones nuevas a problemas de salud nuevos, que afectan al bienestar físico, psíquico y social de la persona, como son los planteados por personas que requieren de una forma más urgente una atención holística y libre de prejuicios.

BIBLIOGRAFIA

1. San Martín H. El proceso demográfico en las sociedades humanas y el envejecimiento colectivo. En San Martín H, Pastor V. Epidemiología de la vejez. Madrid: Interamericana. McGraw-Hill, 1990: 85-159.
2. Informes de las Subcomisiones para la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Subcomisión de Atención sanitaria y social. Marzo, 1991.
3. Muir Gray JA. Aspectos sociales y sanitarios del envejecimiento. En: Pathy MSJ ed.:

- Principios y Práctica de la Medicina Geriátrica. Madrid-Barcelona: Ediciones CEA, 1988; 17-56.
4. Gobierno Vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social. Dirección de Bienestar Social. Plan Gerontológico de Euskadi 1990. Documentos de Bienestar Social n.º 31.
 5. World Health Organization. Health of the elderly. Ginebra: 1989. WHO Technical Series Report. n.º 779.
 6. Gómez i Batiste-Alentorn X, Fontanals de Nadal MD, Roigé i Canals P, Garcia i Ameijeiras MC, Llevadot i Roig MD, Rabadá i Arnau MT, Campillo i March M, Coderch i Sabat J. Atención de personas mayores con enfermedad y dependencia, enfermedades crónicas evolutivas incapacitantes y enfermos terminales. *Todo Hospital* Marzo 1992; 84: 17-26.
 7. Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Ginebra: 1984. Serie de informes técnicos n.º 706.
 8. Hébert R. Perte d'autonomie. En: Arcand M, Hébert R ed: *Précis Pratique de Geriatrie*. Quebec: Edisem Inc, 1987: 96-107.
 9. Williamson J. Primary care of the elderly. Bristol: Wright, 1987: 141-157.
 10. Guillemard AM. Análisis de las políticas de vejez en Europa. *Insero*, 1992; 61-84.
 11. Zawadski RT. The Long Term Care Demonstration Projects. En: Zawadski RT ed.: *Community based Systems of Long Term Care*. New York: The Haworth Press, 1984: 5-19.
 12. Minkler M. Aging and disability: behind and beyond stereotypes. *J Ageing Studies* 1990; 4: 245-259.
 13. Smith T. Denmark: the elderly living in style. *Brit Med J* 1983; 287: 1053-1055.
 14. Challis D. The Care of the Elderly in Europe: New Perspectives-Social Care. *European J of Gerontology* 1992; 16: 334-347.
 15. Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. An evaluation of an alternative to hospital care for the frail elderly: the model of care. *Age and Ageing* 1991a; 20: 236-244.
 16. Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for the frail elderly: costs and outcomes. *Age and Ageing* 1991b; 20: 245-254.
 17. MacAdam M, Capitan J, Yee D, Prottas J, Leutz W., Westwater D. Case management for frail elders: the Robert Wood Johnson Foundation's Program for Hospital Initiatives in Long-Term Care. *Gerontologist* 1989; 29: 737-744.
 18. Wimberley ET, Blazyk S. Monitoring patient outcome following discharge: a computerized geriatric case-management system. *Health Soc Work* 1989; 14: 269-276.
 19. Davidson G, Moscovice I, McCaffrey D. Allocative efficiency of case managers for the elderly. *Health Serv Res* 1989; 24: 539-554.
 20. Jennings JP. Long-Term care legislation: an issue of concern for nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract* 1989; 1: 145-149.
 21. Netting FE, Williams FG. Establishing interfaces between community and hospital-based service systems for the elderly. *Health Soc Work* 1989; 14: 134-139.
 22. Parker M, Secord W. Case managers: guiding the elderly through the health care maze. *Am J Nurs* 1988; 88: 1674-1676.
 23. Moscovice I, Davidson G, McCaffrey D. Substitution of formal and informal care for the community-based elderly. *Med Care* 1988; 26: 971-981.
 24. Parker M, Quinn J, Viehl M, McKinley A, Polich CL, Detzner DF, Hartwell S, Korn K. Case management in rural areas. Definition, clients, financing, staffing and service delivery issues. *J Nurs Adm* 1992; 22: 54-59.
 25. Redford LJ. Case management. The wave of the future. *J Case Manag* 1992; 1: 5-8.
 26. Rubin A. Is case management effective for people with serious mental illness?. A research review. *Health Soc Work* 1992; 17: 138-150.
 27. Robinson JA, Robinson KJ, Lewis DJ. Balancing quality of care and cost-effectiveness through case management. *ANNA J* 1992; 19: 182-188.
 28. Quinn JL, Hodgson JH. Triage: A Long Term Care Study. En: Zawadski RT ed.: *Community-Based Systems of Long Term Care*. Nueva York: The Haworth Press, 1984: 5-19.