



Conselleria de Sanidad
Hble. Sr.
C/ Micer Mascó, 31-33
46010 VALENCIA

=====
Ref. Queja nº 050808
=====

(Asunto: Recursos sociales para personas convalecientes).

Hble.:

Con motivo de diferentes comunicaciones informales, hemos tenido noticia de una larga lista de problemas que sufren los usuarios/as de los servicios de hospitalización de la Comunidad Valenciana que, por múltiples razones, precisan de atención por parte de los Servicios Sociales, generales o especializados, debido a su situación de enfermedad.

Las características de los colectivos implicados (menores, ancianos/as, personas dependientes...) determinan que la intervención del Síndic de Greuges se vuelva necesaria, tanto por la implicación de derechos básicos como por la especial vulnerabilidad de las personas que se encuentran en las circunstancias mencionadas.

Con este fin, remitimos a los diversos hospitales de la Comunidad Valenciana un cuestionario tendente a averiguar la situación de la atención sociosanitaria de estos colectivos. Conscientes de la dificultad de seguimiento de estos datos por posible falta de soporte estadístico, la petición se dirigió hacia el número total de usuarios/as que precisaron intervención de los servicios sociales en 2004 y en un trimestre de 2005 (julio, agosto y septiembre). A pesar de lo anterior, pese a que todos los hospitales remitieron datos, los mismos no fueron homogéneos tanto por carencia de tales datos (ausencia de bases de datos) como por otras múltiples razones como carencia de personal para desarrollar adecuadamente el seguimiento, carácter fragmentario de los datos obtenidos, etc.

Pese al carácter desigual de los datos obtenidos que impide la obtención de una estadística adecuada y de globales referentes a toda la Comunidad, sí que nos ha permitido formarnos una primera impresión sobre estos problemas que, sin duda, revisten una indudable importancia.

Como muestra inicial de los datos obtenidos, vamos a insertar una selección de los hospitales que nos remitieron estadística completa de seguimiento de los casos y luego

consignaremos la valoración de los diferentes hospitales sobre la situación general para finalizar realizando algunas consideraciones sobre los datos obtenidos.

A) Número de casos en una muestra de hospitales

HOSPITAL	MENORES DE EDAD		ANCIANOS/AS		MUJER		ADULTOS DEPENDIENTES		COORDINACIÓN SAD		COORDINACIÓN DTBS	
	2004	T.2005	2004	T.2005	2004	T.2005	2004	T.2005	2004	T.2005	2004	T.2005
Comarcal Marina Alta	44	11	239	73	19	6	338	70	74	15	4	0
General de Elche	48	12	858	240	408	96	490	181	782	192	84	22
Lluís Alcanyis	4	2	111	36	38	5	29	9	26	7	6	5
La Fe	9	6	772	139	26	24	356	176	401	166	215	70
La Plana	66	17	165	40	45	19	47	14	61	19	37	10
Vila-joiosa	22	12	135	32	113	28	107	22	74	18	5	3
General de Elda	16	6	89	22	24	3	102	13	196	15	9	5
Virgen de los Lirios	15	9	176	39	17	3	67	15	84	35	14	2

B) Problemas referenciados por los diferentes dispositivos sanitarios.

1. Hospital Comarcal de Vinaròs

No existen recursos adecuados para la convalecencia. Las carencias más urgentes son:

- Hospitales de atención a crónicos y de larga estancia. Sólo existe uno para toda la provincia de Castellón, siendo necesaria mayor disponibilidad de camas puesto que, además de las personas ancianas, están los adultos con dependencia por su enfermedad que no pueden volver a su domicilio sin apoyo familiar ni socio-sanitario y tampoco pueden acceder a un recurso social.
- Residencias temporales públicas de Tercera Edad
- Plazas definitivas en Residencias asistidas de tercera edad y públicas. Las ayudas para las privadas tardan mucho en resolverse.
- Recursos públicos en salud mental
- Centros de Día socio-sanitarios públicos
- Mayor agilización en tramitación y resolución de expedientes
- Más horas y más personal para el SAD. El SAD es insuficiente en la mayoría de casos, además de la demora en la realización, sobre todo urgente tras la demanda al alta hospitalaria. No disponibilidad de personal en todos los municipios de esta área, ni suficiente en los que existe el servicio para cubrir todas las demandas. Necesaria mayor coordinación efectiva y confirmación por parte de los Servicios Sociales tras la demanda.
- Creación efectiva y real del servicio socio-sanitario de las Consellerías de Bienestar Social y Sanidad.

2. Hospital La Magdalena (Castellón)

No existen recursos residenciales para menores de 65 años que presentan deterioro cognitivo y/o físico sin soporte familiar (serían las carencias más urgentes). El Hospital es de asistencia especializada al paciente anciano, de larga estancia y pacientes

terminales, se disponen de camas destinadas a la convalecencia dentro del programa PALET. Desean resaltar que la coordinación con Bienestar Social, en la resolución de casos concretos, se ha visto implementada en los últimos años de forma considerable.

3. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

Las demandas fundamentales en número y preocupación de las familias es el compaginar la actividad laboral y cotidiana con la dispensación de cuidados y acompañamiento familiar permanente.

A veces y sobre todo en situaciones de dependencia, el SAD no es suficiente en el ámbito hospitalario. Compaginar la vida familiar con el cuidado a una persona dependiente resulta complejo para las familias. No se han detectado situaciones claras de abandono, sino dificultades para poder prestar cuidados, teniendo que derivarse las demandas, a veces, hacia otras alternativas como ingresos en centros.

Destacar la falta de recursos residenciales para enfermos mentales crónicos. La situación de sus familiares en casos graves de dependencia. La dificultad de inserción social para este colectivo.

4. Hospital General de Castellón

Para la convalecencia en edad adulta no existen recursos sociales adecuados y para la población de tercera edad son muy escasos.

No existen centros socio-asistenciales.

No existen centros o pisos de acogida para madres extranjeras con carencia de recursos económicos.

5. Hospital la Plana (Vila-real)

Los problemas derivados de la asistencia a menores de edad se han centrado en la falta de recurso de acogida residencial, problemas económicos de los padres para acompañar a los hijos desplazados, atención en caso de maltrato y otros como la adopción o situaciones de desprotección infantil como síndrome de abstinencia, escasa higiene, necesidades médicas no atendidas, enfermedades de origen psicossomático, embarazos no controlados, padres que abusan de drogas y/o alcohol, padres que no acuden a las visitas médicas cuando son citados.

Los asuntos relativos a la asistencia de personas ancianas se centraron en la carencia de soporte familiar por abandono, falta de recursos residenciales, atención a los casos de maltrato y otras causas como falta de autonomía, cronicidad, enfermos terminales, escasez de recursos económicos, SAD, etc.

Los asuntos relativos a la atención a la mujer, se han centrado en la atención a los casos de maltrato, mujeres gestantes o en situación de posparto que presentan drogodependencia y otras causas como los problemas socioeconómicos, prostitución, sin techo o sin familia.

Los asuntos relacionados con la atención a la situación de adultos que, con motivo de la enfermedad presentan situación de dependencia han sido por alcoholismo, falta de asistencia en tratamiento oncológico, inmigración irregular, sin techo, personas con enfermedad mental, personas sin vinculación familiar, malos tratos.

Aunque el tiempo de demora ha sido reducido en la recepción de los Servicios Municipales de Asistencia Domiciliaria (SAD), el tiempo de atención dispensado es deficiente y la cobertura (requisitos que deben reunir los beneficiarios) puede considerarse no enteramente satisfactoria.

Para la convalecencia existen recursos para hospitalización en los hospitales de crónicos y larga estancia de la Comunidad Valenciana. En concreto, para la provincia de Castellón, el hospital de referencia es el Hospital La Magdalena que cuenta con 144 camas, dedicadas a convalecencia, larga estancia, cuidados paliativos y daño cerebral sobrevenido. La Conselleria de Sanidad tiene prevista la ampliación del número de camas de este centro sanitario hasta 200 en un período de 2 años. En muchos casos, si el médico lo considera necesario, tras el alta hospitalaria, el paciente recibe una continuidad de cuidados asistenciales por medio de la Unidad de Hospitalización a Domicilio, que atiende a los pacientes en su propio domicilio, continuando la vinculación con el Hospital del Departamento Sanitario. Como carencia, se observa la necesidad de Centros o pisos tutelados para madres extranjeras con menores, con carencia de recursos económicos.

6. Hospital Dr. Moliner (Serra)

No existen recursos sociales adecuados para la convalecencia y, en especial, en los casos de pacientes asistenciales que no precisan residencia (hemiplejias, etc).

La carencia más urgente es la de centros adecuados para discapacitados, en especial, menores de 60 años.

7. Hospital de Sagunto

No existen recursos y, si existe alguno, estos son escasos y tardíos.

Por el tipo de población que se está atendiendo desde hace años (mayor), deberían de existir varios hospitales o centros intermedios dedicados a la convalecencia y recuperación de la persona adulta.

En el caso de la atención de los menores, la respuesta es más rápida en la obtención del recurso. Lo contrario ocurre en los casos de disminuidos físicos, psíquicos y tercera edad.

Deberían de existir muchas más Residencias Públicas y no privadas, ya que la mayoría de las personas no pueden pagar unos 1.600 ó 2.000 € mensuales o más por plaza.

Haría falta también más apoyo domiciliario porque no se puede obligar a una persona a que abandone su hogar por falta de asistencia o compañía. Dependiendo del municipio las gestiones son más rápidas o más lentas.

8. Hospital General de Requena

Con una visión de cuatro años, ningún paciente ha sido dado de alta sin los recursos sociales necesarios para su convalecencia. El Hospital intenta colaborar siempre en adaptar el alta a la concesión de los recursos sociales. Los recursos más escasos son: Residencias Públicas de Tercera Edad que, a veces, provocan retrasos en el alta, cuando este recurso es el único posible para el paciente. La carencia más urgente, en nuestra opinión, es la ausencia de albergue para personas sin techo, recurso que cada vez será más necesario para la convalecencia de ciudadanos extranjeros sin regularizar, sin empadronar y sin recursos económicos ni familiares.

9. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Es de agradecer el amplio y detallado informe remitido por este Hospital.

En el ámbito de la coordinación con los servicios sociales de asistencia domiciliaria (SAD), se produjeron un total de 180 derivaciones en el año 2004 y de 103 en el trimestre referenciado de 2005 (meses de julio agosto y septiembre). El tiempo de demora varía mucho dependiendo de la población en la que vive el paciente, siendo menor en los municipios pequeños. En la ciudad de Valencia, dada la demanda y la demora en la cita en los Servicios Sociales Municipales, la solicitud y tramitación se prolongan, ocurriendo que nunca el paciente dispone de dicho servicio a su salida del hospital, lo que obviamente sería lo adecuado. Otra situación que empeora el servicio es que, en función de las disponibilidades presupuestarias, en los últimos meses del año se restringe el servicio y/o no se atienden nuevas solicitudes. El tiempo del servicio dispensado es casi siempre muy restringido, no cubre los fines de semana y muchas veces es insuficiente por lo que se tiene que recurrir innecesariamente a los centros de día o las Residencias de Tercera Edad, con la dificultad añadida de no poder obtenerlo rápidamente para su salida del hospital. Reseñar que el servicio de comidas a domicilio está muy poco extendido y es un servicio complementario necesario en muchos casos para la permanencia de una persona en su domicilio. La concesión del servicio viene determinada, entre otros, por el supuesto apoyo familiar de que dispone la persona, produciendo la denegación en muchas ocasiones demasiada carga sobre las familias. El pago de tasas es gravoso para determinadas economías familiares. Queda una franja amplia de usuarios que no obtienen el servicio de los municipios siendo no obstante muy oneroso para ellos y sus familias el pago de dicho servicio a empresas privadas.

En el año 2004 se remitieron 583 casos a la Dirección Territorial de Bienestar Social para la resolución de casos urgentes. En el trimestre de 2005 analizado se produjeron 140. Destacan por su número la búsqueda de Residencia de Tercera Edad y la obtención de la certificación o revisión del grado de minusvalía. El Hospital estima que, no existiendo suficientes canales de coordinación establecidos entre el Sistema Sanitario y el de Servicios Sociales, se producen serias disfunciones protagonizadas y sufridas por los distintos profesionales que intervienen, primando las valoraciones subjetivas sobre la gravedad, importancia, urgencia, modo de resolución... de las situaciones, lo que conduce, a nuestro juicio, a una inadecuada atención a las necesidades de las personas que atendemos; nos estamos refiriendo a recursos ya existentes. No hablamos de aquellos que deberían crearse para garantizar una adecuada atención socio-sanitaria integral a los ciudadanos. Los casos más graves y habituales son:

- La obtención de plaza en residencia pública de tercera edad de carácter urgente. Aquellos casos en que un mayor de 65 años, por su patología, a su ingreso en el hospital, presenta un deterioro súbito de tipo físico y/o psíquico que le supone una pérdida severa de su capacidad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, acompañado de una falta de apoyo familiar (por imposibilidad de prestárselo por parte de sus familiares o por la inexistencia de estos) y que por sus recursos económicos no tiene otra opción que la de ser derivado a una plaza residencial pública. La adjudicación de dicha plaza se retrasa un mes o más, permaneciendo dicho anciano hospitalizado, pese a estar en situación de alta médica con la consiguiente prolongación innecesaria de la hospitalización y la inadecuación del lugar terapéutico para la persona.
- Con respecto a la protección de menores en situación de riesgo o desamparo. La aplicación de medidas de protección suele ser rápida, una vez informados por parte del centro hospitalario, pero la resolución que permite la salida de dichos menores del hospital se suele prolongar más allá de la hospitalización justificada médicamente, provocando estancias innecesarias y contraproducentes para estos niños.
- Con respecto al reconocimiento de minusvalía. A nuestro juicio, en muchos casos existe urgencia porque éste es requisito previo e indispensable para la obtención de otras prestaciones, como por ejemplo la pensión no contributiva por invalidez, el acceso a determinados puestos de trabajo, la gratuidad en la prestación farmacéutica, la escolarización especial... y a fecha actual nos consta que se están valorando los expedientes de abril de 2004.

En la actualidad, el único espacio que existe para la convalecencia de tipo residencial son los hospitales de atención a crónicos y larga estancia, concretamente el hospital de la Malvarrosa y fundamentalmente el hospital Dr. Moliner en Porta-Coeli, pero dado que los criterios para la admisión en dichos centros son estrictos en la no admisión de pacientes con problemas exclusivamente de tipo social, deja sin solución muchos casos de adultos sin domicilio o cuyo domicilio y/o apoyo social es nulo o insuficiente, precisando de reposo, estando temporalmente inmovilizados...

La escasez de plazas residenciales de respiro dificulta el recurrir a ellas y siempre para mayores de 65 años la dificultad es mayor desde el hospital en que la necesidad se presenta con urgencia.

En cuanto al apoyo necesario para la convalecencia o el seguimiento de tratamientos prolongados permaneciendo en el domicilio (como, por ejemplo, los oncológicos) los recursos son insuficientes, sobre todo de ayuda social y acompañamiento, en asimetría con la mejor dotación de los recursos sanitarios domiciliarios.

Cuando se debate en el ámbito de la Administración sobre dichas carencias, no se cuestiona la necesidad de resolverlas, pero sí a cuál de los dos sistemas corresponde promover acciones de coordinación para dar respuesta a las crecientes necesidades socio-sanitarias.

10. Hospital Arnau de Vilanova (Valencia)

En la intervención realizada por el servicio de Trabajo Social en el Centro Hospitalario Arnau de Vilanova se encuentran diferentes tipos de población susceptibles de

intervención social por presentar multiproblemática, bajo nivel de recursos y escaso o nulo apoyo familiar. Entre ellos hay que resaltar a adultos que por motivo de enfermedad presentan una situación de dependencia total sobrevenida de forma inesperada, tercera edad, enfermos mentales, enfermos VIH y sin techo.

Hay una clara insuficiencia de recursos socio-sanitarios para estos pacientes. Conviene destacar algunas de las necesidades más flagrantes.

Por ejemplo, señalar que las casas de acogida como un recurso indispensable para la mayoría de pacientes enfermos VIH que dadas sus condiciones de vida (conductas de toxicomanía, rechazo familiar) para mantener y soportar un tratamiento –antiretroviral– resulta en la práctica bastante problemático. Casas de acogida hay pocas, las plazas escasas, las subvenciones públicas insuficientes de modo que en muchas ocasiones se llega a esperar meses en lista de espera. Esto provoca altas hospitalarias de enfermos que se van sintiendo mejor y derivados a albergues (recurso que no es el idóneo para el tipo de problemática que presenta el paciente) facilitando de este modo al poco tiempo que vuelvan con nuevas infecciones y las defensas muy bajas.

En el caso de personas con enfermedad mental, cuando el sistema de apoyo familiar se desborda, carecemos de medidas alternativas que establezcan la situación y permitan la permanencia del paciente en su medio. Los recursos socio-sanitarios disponibles para dar respuesta a sus necesidades quedan reducidos al área hospitalaria permaneciendo ingresados durante períodos de más de 8 meses en espera de un recurso adecuado a su situación, bloqueando de este modo la sala de pacientes psiquiátricos e impidiendo nuevos ingresos de carácter más urgente. Este grupo de pacientes son muy susceptibles de acabar en ambientes de indigencia por la alarmante insuficiencia de servicios residenciales (1 residencia pública con una lista de espera de varios años, ayudas económicas para estancias institucionales llegando a cubrir unos dos meses y un plazo de resolución de más de un año).

Otro grupo de pacientes que merecen una atención especial es el formado por la tercera edad. El bajo poder adquisitivo debido a la percepción de pensiones mínimas, la ausencia de familiares o rechazo familiar por diferentes motivos (conflictos) o dificultades por problemas laborales de los cuidadores, claudicación familiar tras llegar del domicilio presentando ya agotamiento por la dedicación prestada al paciente, todo ello acentuado con el deterioro de salud tras el alta hospitalaria debido a la disminución o pérdida de autonomía del paciente va a permitir que surjan nuevas necesidades que requerirán, además de recursos personales, recursos sociales (residencias, centros de día, ayudas a domicilio, ayudas técnicas, etc) que por su insuficiencia además de no contemplar el carácter urgente de las situaciones surgidas como inmediato por parte de la Conselleria de Bienestar Social, agrava el problema de los pacientes.

En cuanto al grupo de los sin techo (pacientes que viven en la calle) evidentemente la desprotección es mayor ya que son pacientes que reúnen multiproblemática (sin recursos económicos, sin trabajo, sin familia o con familia desestructurada por lo que el apoyo es nulo, problemas de toxicomanías, de VIH, con una salud muy deteriorada y sin alojamiento). La necesidad de alojamiento para todo ser humano es prioritaria pero mayormente tras el alta hospitalaria pues los pacientes requieren de un período de recuperación. Los recursos de alojamiento de forma inmediata tras el alta hospitalaria se

reducen a albergues cuya estancia es muy corta, volviendo otra vez a la calle con el consiguiente deterioro de la calidad de vida y aparición de los problemas expresados anteriormente.

Dada la carencia de recursos y alternativas adecuadas y suficientes, están produciéndose consecuencias inmediatas como que se generen estancias hospitalarias prolongadas e indebidas, lo que supone un grave inconveniente para el sistema hospitalario (aumentos de costes económicos, laborales, sanitarios, personales, etc.) y frecuentes reingresos, viéndose los pacientes abocados a un proceso rápido de deterioro de salud.

11. Hospital Universitario La Fe (Valencia)

En lo referente al colectivo de personas ancianas, las carencias más urgentes son:

- Dispositivo inmediato de SAD para aquellos pacientes que ingresan en régimen de hospitalización domiciliaria
- Hay un umbral de población que quedan fuera del sistema dado que nunca pueden acceder a este tipo de ayudas
- Para las mujeres cuidadoras no existen programas de respiro ni ayudas económicas por anciano/a a cargo suficientes. Los requisitos económicos son muy exigentes
- La cobertura del SAD es insuficiente dado que, en muchos casos, se facilita una media hora de apoyo para el aseo personal y movilización del paciente dependiente atendido en el domicilio quedando abandonado el resto del día.
- Las plazas de residencias públicas sufren una demora excesiva que no soluciona el problema al alta hospitalaria teniendo que permanecer más de un mes después del alta o abandonar el centro sin solución del problema

Los indigentes (personas socialmente excluidas, transeúntes, toxicómanos/as, marginados/as sin hogar, inmigrantes, etc.) perciben prestaciones de carácter meramente asistencial sin posibilidad real de reinserción social, no existiendo ningún centro sociosanitario donde puedan acudir después del alta hospitalaria para pacientes gravemente afectados, oncológicos, VIH, tuberculosis, en tratamiento hospitalario (radioterapia, quimioterapia, tratamiento en hospital de día...) que les proporcione los cuidados que precisa la convalecencia. Se ven obligados en la mayoría de los casos a permanecer en la calle o, en situaciones muy graves, la demora en el alta hospitalaria hasta conseguir una plaza en los escasos recursos existentes.

En cuanto a la atención a menores, puede señalarse que, en los casos de desprotección infantil, la unidad no ha evidenciado falta de recurso de acogida residencial. La aplicación de medida de protección suele ser rápida, una vez informada por el centro hospitalario. Pero la resolución que permite la salida del menor del hospital suele prolongarse más allá de la hospitalización produciéndose un desase entre el alta médica y la real, provocando estancias innecesarias y contraproducentes lo que puede dar origen a un maltrato institucional.

También en lo concerniente a los menores, el hospital infantil La Fe acoge a niños procedentes de las tres provincias. La normativa de la Conselleria de Sanidad hace referencia a los colectivos a los que se les abona los gastos de desplazamiento y manutención, siendo estos colectivos los niños de oncología y niños en lista de espera de trasplante, quedando fuera los menores de Valencia ciudad y provincia salvo los que acuden a tratamientos prolongados como hemodiálisis. Desde la Unidad de Trabajo

Social se ha detectado el agravio comparativo existente entre estos colectivos y niños de otras patologías que, requiriendo estancias muy largas de hospitalización y múltiples consultas externas no tienen derecho a ningún tipo de prestación económica, como son los casos de intestinos cortos, cardiopatías congénitas, prematuros, cuyas estancias son en la mayoría de los casos de más de un mes e incluso de un año en los casos de intestino corto. Todo esto implica un elevado coste económico para las familias. En algunos casos los Servicios Sociales municipales han subsanado este déficit sanitario, prestando ayuda económica para venir a las consultas externas o recibir tratamiento, así como para facilitar que los padres puedan venir a visitar a sus hijos e incluso en los casos de niños prematuros facilitar la estancia de la madre para poder lactar.

En relación a los menores, por último, citar los graves problemas que se está padeciendo en el ámbito de la salud mental infantil dado que el hospital infantil no está preparado para la hospitalización de menores con graves problemas de salud mental menores de 14 años. En los casos analizados (7) los padres han solicitado un recurso de ingreso en centro ya que el manejo de estos niños en el domicilio es muy difícil de llevar a cabo. Aquí se evidencia claramente la falta de recursos residenciales y educativos que asuman a estos menores. En algunos casos la unidad de psiquiatría infantil ha solicitado el ingreso en residencia de menores pero estas, al igual que el hospital infantil, no reúnen condiciones y las que hay son insuficientes. Por otro lado, es de citar el problema de los menores extranjeros, en su mayoría procedentes de Ecuador, Colombia y Países del Este, en situación irregular y en precaria situación socioeconómica.

En lo concerniente a salud mental de adultos, expresar que muchos de los problemas sociales no pueden resolverse en el período de su ingreso no sólo por la escasez de recursos socio-sanitarios para este grupo de población sino también por la demora en el proceso de los trámites que requieren. Las carencias generales del sistema de atención, las dificultades en obtener documentación por imposibilidad de colaboración del paciente, la carencia de recursos cuando existen patologías asociadas, las dificultades que entraña el tratamiento de los trastornos de personalidad (particularmente cuando van asociados al consumo de tóxicos), la lentitud de los procesos judiciales, las dificultades de seguimiento de las personas que se encuentran sin techo y la carencia de coordinación entre los distintos estamentos son problemas que no pueden dejarse de citar.

En cuanto a las personas que presentan situación de dependencia, señalar que la valoración de la minusvalía presenta un retraso en la tramitación que impide la obtención de las prestaciones derivadas de la misma. Por otro lado, surgen problemas con los menores escolarizados en centros ordinarios que precisan la atención de fisioterapeutas, siendo muy pocos los centros educativos que cuentan con estos profesionales en plantilla. Por último, la concesión del Servicio de Ayuda a Domicilio o Centros de Día siempre implica un tiempo de demora en su tramitación y la duda de si realmente se le concederá.

12. Hospital Clínico Universitario de Valencia

El Hospital reseña las dificultades de obtención de los datos requeridos por diversas circunstancias.

Respecto a la coordinación en casos de personas mayores de 65 años cuando se solicita una plaza de carácter público en Residencia de Tercera Edad, estiman que la urgencia en los Hospitales no se contempla como tal por la Entidad Pública, el tiempo de demora es como mínimo de un mes, no pudiendo optar en la mayoría de casos a una plaza privada por sus recursos económicos, lo cual supone la prolongación indebida de las estancias hospitalarias bien en Hospitales de Agudos o de larga estancia.

Referente a los menores en situación de riesgo o desamparo, la aplicación de las medidas de protección es más rápida pero, en ocasiones, la resolución que permite la salida de los menores del Hospital se suele prolongar más allá de la hospitalización justificada médicamente, lo que origina que se alargue innecesariamente la estancia.

En relación con la atención a la mujer, dependiendo de la edad y problemática de las mismas, varía la situación. En menores de 65 años la aplicación del recurso necesario suele ser más rápido (Centro Mujer 24 horas, Residencia Materno Infantil, etc.) y en mayores de 65 años la misma demora que se da en el apartado de mayores.

En cuanto a las personas con discapacidad que necesitan reconocimiento de minusvalía, en la mayoría de casos existe urgencia para obtenerlo por ser un requisito indispensable para tener derecho a otras prestaciones como, por ejemplo, la prestación de la pensión no contributiva por invalidez, la gratuidad en la prestación farmacéutica, el acceso a determinados puestos de trabajo, etc. La demora actual en la obtención del certificado es de aproximadamente 18 meses.

El Hospital considera que sí que existen recursos socio-sanitarios adecuados: Hospital de media y larga estancia (Dr. Moliner), Unidades de Hospitalización a domicilio, Residencias asistidas de carácter público (aunque con escasez de plazas y falta de atención a los casos de urgencia), centros gerontológicos (con escasez de plazas) y SAD (aunque presentan grandes carencias).

Sería necesario profundizar en la coordinación socio-sanitaria entre las diferentes administraciones publicas para crear nuevos recursos y optimizar los existentes.

13. Hospital Malva-Rosa (Valencia)

Los recursos son deficientes. El tiempo de espera es excesivo. Los baremos económicos no se adaptan a la realidad económica de las familias. Un enfermo crónico con merma mental y/o de movilidad o bien enfermo oncológico supone una carga económica física y social desmesurada para las familias.

Se necesita más agilidad en los trámites y concesiones de plazas en las Residencias de Tercera Edad y mayor cobertura en los servicios de ayuda a domicilios en número de horas por usuario.

14. Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia)

El centro nos refiere que no presenta problemas importantes la atención a los menores.

La atención a personas ancianas presenta diversos problemas siendo el más común la falta de agilidad de recursos en coordinación con la Conselleria de Bienestar Social por lo que, al alta, el paciente se va sin los recursos sociales. Estos pacientes pueden no

tener familia o, si la tienen, no es posible que un familiar esté 24 horas atendiendo al paciente y los recursos de apoyo en el domicilio son muy escasos o inexistentes. El problema más acuciante es la necesidad de reducir el período de tramitación de plazas públicas de tercera edad que suele tardar meses. También es necesario hacer constar que, a diferencia de lo que ocurre en los casos de atención al menor, no existe un protocolo en los casos de abandono y malos tratos a personas ancianas que se encuentran en situación objetiva de desamparo, situación que implica también a otros estamentos administrativos como Justicia.

No plantean especiales problemas los casos de atención a la mujer, dado que los casos de maltrato son resueltos por los centros mujer 24 horas y otros, como los de mujeres gestantes en situación de dependencia a sustancias tóxicas son ya conocidos por los servicios sociales de base que efectúan un control y seguimiento de la situación.

En cuanto a los adultos dependientes, en ocasiones se presentan problemas con personas en situación de indigencia y alcoholismo, siendo muy difícil la reinserción social. A los inmigrantes irregulares se les atiende aunque no tenga la TAS y las cuestiones derivadas de la legalización de su situación son derivadas a Cruz Roja cuya sede está ubicada cerca del Hospital y cuentan con un servicio jurídico. Resaltar, por último, la situación de los adultos ingresados en la Unidad de Psiquiatría que presentan problemas al alta debido a la carencia de recursos, tengan o no familia, siendo un colectivo con necesidades de apoyo social y de agilidad de trámites cuando requieren ingreso en Residencia de Enfermos Mentales, ya sea de forma temporal o definitiva.

Cuando en el Hospital se detecta algún caso con necesidad de SAD, debido a que la persona anciana, independiente antes de su ingreso, pero que tras sufrir una caída con la consiguiente fractura de cadera... o tras sufrir un ictus..., la respuesta del centro social es muy variable. Destacar: a) cuando el paciente vive en un pueblo es más ágil la tramitación y resolución del SAD; b) cuando vive en Valencia capital se pasa a depender de la cita previa, la cual según el centro social tiene más lista de espera o menos; acudir a la cita de información y luego a otra cita para presentar la documentación... Se detecta la necesidad de ampliación del SAD para que la persona pueda seguir en su medio.

En la resolución de los casos valorados por nuestra Unidad de Trabajo Social como urgentes, no hay respuesta rápida desde Bienestar Social.

Son insuficientes los recursos sociales adecuados para la convalecencia. Resaltar respecto a los llamados Hospitales socio-sanitarios, si cuando valoran el ingreso de un paciente detectan problema social no lo aceptan, no se entiende la denominación de socio-sanitario.

Para finalizar, resaltar las carencias que se valoran como urgentes:

- Agilización de los trámites en la derivación de pacientes a Residencias de Tercera Edad y creación de más Residencias de Tercera Edad Públicas
- Ampliación del SAD
- Creación de más recursos para enfermos mentales y agilizar sus trámites.

15. Hospital de la Ribera (Alzira)

Las carencias más acusadas son las de servicios municipales de ayuda a domicilio y plazas en centros residenciales públicos para personas adultas en situación de dependencia.

16. Hospital Lluís Alcanyis (Játiva)

Los recursos sociales son escasos, limitados y saturados, obligando a aumentar el tiempo medio de estancia en el hospital a pesar de encontrarse los pacientes en situación de alta médica, esto hace necesario el aumento y creación de plazas de residencia para personas mayores de 65 años, discapacitados y adultos transeúntes, la mayoría sin domicilio ni apoyo social.

17. Hospital Francesc de Borja (Gandía)

El Hospital informó que la obtención de los datos resultaba imposible por no estar informatizado y porque la unidad cuenta con sólo una trabajadora social cuyo puesto, en el momento de la solicitud de información, está ocupado de forma interina por una persona sustituta.

18. Hospital General d'Ontinyent

Destaca la asistencia a menores de edad por consumo de alcohol y drogas, la atención a los casos de violencia de género y la afluencia de personas en situación de inmigración irregular y dependencia.

19. Hospital Virgen de los Lirios (Alcoy)

Las carencias más urgentes son:

- Hospitales de crónicos. Sólo existe un hospital de crónicos para Alicante y Provincia que está colapsado.
- Recursos públicos para personas con enfermedad mental
- Residencias Públicas para la Tercera Edad
- Pisos tutelados
- Ampliación de horas para el SAD
- Protección jurídica para la tercera edad
- Agilización en la tramitación y resolución de expedientes
- Coordinación efectiva entre los distintos organismos
- Creación efectiva y real del Servicio Sociosanitario entre las Consellerías de Sanidad y Bienestar Social. Desde el 16 de mayo de 1995 existe un acuerdo del Gobierno Valenciano en materia socio-sanitaria.

20. Hospital Marina Alta (Denia)

No existen recursos sociales adecuados para la convalecencia. Tampoco existen recursos sanitarios adecuados para la convalecencia y para el tratamiento.

Se observa una carencia de camas hospitalarias para cuidados paliativos en el departamento de salud. Los cuidados paliativos están diseñados en el Departamento de

Salud para darlos en el domicilio, lo que supone la obligación de contar con cuidadores adecuados durante 24 horas y el material ortopédico (camas articuladas, grúas). En este Departamento de Salud hay un componente de población anciana (normalmente extranjera residente) que vive sola, carecen de familiares o el familiar es también otro anciano inadecuado para llevar a cabo los cuidados que precisa.

Se observa una carencia de camas hospitalarias para enfermos crónicos en el departamento de salud. El hospital de crónicos al que se derivan los enfermos es al de San Vicente del Raspeig, situado a más de 100 Km. de distancia, sin medio de transporte público (en muchas ocasiones los enfermos no ven a sus familiares durante la hospitalización por lo que a veces renuncian al traslado).

Los enfermos oncológicos se desplazan para realizar el tratamiento de radioterapia a Valencia o Alzira, algunas consultas de oncología las realizan en Valencia. No existe medio de transporte público que permita su utilización.

El departamento de salud carece de camas hospitalarias psiquiátricas. El hospital no cuenta con psiquiatras, son los psiquiatras de la Unidad de Salud Mental de la población en la que vive el enfermo el que se desplaza al hospital (al servicio de urgencias) para valorar si requiere la hospitalización. En su caso, se traslada al Psiquiátrico de la Santa Faz en Alicante (situado a unos 100 Km .de Denia, dificultando la planificación del alta hospitalaria, contacto con familiares...)

Las carencias detectadas en el ámbito de la atención social son las que se citan:

- Servicio de Ayuda a Domicilio insuficiente. En la mayoría de los Servicios Sociales municipales de la Comarca, la prestación -cuando se aprueba- es máximo una hora/día de lunes a viernes. Es difícil que el anciano que es dado de alta hospitalaria, con una dependencia derivada de su enfermedad, pueda permanecer en su medio con esta prestación, por lo que opta por completarla con otro servicio privado y, a menudo poco especializado, o al ingreso en una residencia privada.
- Residencias de ancianos. El acceso a las plazas públicas tiene mucha lista de espera. El trámite desde el Hospital es imposible para ancianos que carecen de cuidadores, familiares, o que viven solos (la documentación a aportar para la solicitud es abundante y complicada, por lo que optan por usar sus ahorros -si los tienen- para costearse la convalecencia en residencias privadas).
- No existe posibilidad de ingreso en Residencia de ancianos, pública o subvencionada, para cuidados de convalecencia.
- Las resoluciones administrativas concediendo las ayudas públicas para residencias de tercera edad se demoran 11/15 meses, alargando la situación anterior y agotando todos los recursos económicos del anciano acumulados durante toda su vida.
- Residencias para adultos a los que la enfermedad sitúa bajo patrón de dependencia, de forma temporal como permanente, y carecen de soporte familiar.
- Los albergues de transeúntes no son adecuados para utilizarlos personas que precisan tratamiento médico, por la duración (3 días), ni por las condiciones. Faltan casas de acogida a indigentes que precisan tratamiento oncológico, VIH...
- Recursos de apoyo al cuidador: Centros de día para discapacitados físicos, psíquicos y ancianos. Centros de día para enfermos mentales. SAD.

21. Hospital de Villajoyosa

Las necesidades más urgentes son centros de crónicos y/o media estancia de carácter socio-sanitario.

22. Hospital San Vicente del Raspeig

No existen recursos adecuados para la convalecencia. Las carencias más urgentes son:

- Centros para disminuidos físicos públicos. Muy insuficientes, sólo existen 5 ó 6 en toda España, con lo que es muy difícil la obtención de plaza, la demora es de varios años.
- Centros de disminuidos psíquicos públicos
- Centros de Tercera Edad Públicos. En los casos de urgencia la demora es superior a tres meses y en los casos de ingreso ordinario puede tardar más de un año el conseguir la plaza.
- Ayudas de accesibilidad social y bono residencia. Los presupuestos asignados anualmente cubren las necesidades de las personas ya institucionalizadas, los casos que se solicitan en el año correspondiente a la convocatoria no se resuelven por falta de presupuesto en un 90 % de los casos solicitados.

La Unidad de Trabajo Social perteneciente al Departamento de Neurología realiza diariamente una tención ambulatoria, además de llevar a cabo una atención hospitalaria dirigida a todo aquel paciente que sufra de daño neurológico. Quieren resaltar el tiempo de demora excesivo para la concesión de plazas de urgencia en tercera edad, la escasa cobertura del Servicio Público de Atención Domiciliaria y la insuficiencia total de cobertura de necesidad en caso de concesión de este último recurso.

De las estadísticas destacan que el 29 % de las personas ancianas atendidas, el 29 % presentaron abandono familiar. Que, entre las personas adultas dependientes, el 57% presentaban enfermedad física además de neurológica, siendo el 29% indigente. Por último, reseñar en lo concerniente a la concesión de plaza en residencia de Tercera Edad por motivos de urgencia que el 22 % de los casos falleció antes de la concesión.

23. Hospital Universitario de San Juan de Alicante

No existen recursos sociales públicos para atender el paso desde el hospital al domicilio en los casos en los que las secuelas de la enfermedad dejan una dependencia total o parcial para las actividades de la vida diaria.

Las carencias más urgentes son los centros de cuidados intermedios con acceso directo desde los hospitales, con el fin de no prolongar estancias innecesarias, así como no sobrecargar a las familias con el cuidado de pacientes que necesitan atención las 24 horas del día.

24. Hospital General Universitario de Alicante

No existen recursos sociales adecuados para la convalecencia. Sólo existe en Alicante el Hospital de San Vicente al que únicamente se puede acceder previa derivación médica, no se trata de un recurso social.

Hacen falta plazas de atención urgente en todos los sectores

Inexistencia de recursos socio-sanitarios.

Excesiva burocratización y lentitud en la resolución

El SAD es insuficiente, escaso, lento a la hora de conceder y poco profesional

La oferta privada pasa por un gran número de personal no profesional, particularmente en el cuidado de ancianos.

Ausencia de coordinación entre los diversos sectores de la Administración.

25. Hospital General de Elda

Los recursos sociales para la convalecencia son muy escasos. Faltan plazas sobre todo para mayores en situación de atención cotidiana en geriátricos públicos. Es insostenible la lista de espera ante un alta hospitalaria con problemas de salud, económicos y de soledad.

26. Hospital General de Elche

Expresan la escasez de recursos sociales y sanitarios para convalecientes y carencias de

- Hospitales de media y corta estancia
- Centros socio-sanitarios para pacientes con menos de 60 años que presentan graves problemas cuando viven solos o la familia no quiere hacerse cargo de ellos.
- Plazas de Residencia de Tercera Edad, excesiva demora para el acceso, falleciendo el paciente antes de poder ingresar. Tampoco es fácil el ingreso en los casos de urgencia
- Carencias en salud mental tales como plazas en centros de crónicos, ausencia de recursos de atención domiciliaria que eviten la hospitalización, pisos tutelados, lentitud de los servicios jurídicos para obtener las autorizaciones de ingresos involuntarios en centros especializados, carencias en la atención en psiquiatría infantil y juvenil. Falta de equipos de psicogeriatría
- Carencias en los servicios municipales de ayuda a domicilio

27. Hospital Vega Baja (Orihuela)

No existen recursos sociales adecuados para la convalecencia puesto que en los casos de personas mayores que viven solas el SAD no cubre las necesidades básicas, sobre todo en posoperatorios de fracturas, prótesis de cadera... y el tiempo de demora para residencia de tercera edad pública es muy largo.

En el caso de las personas con enfermedad mental crónica, tampoco se dispone de plazas públicas, teniendo que realizarse muchas veces de forma privada con el coste que supone para las familias.

El colectivo de enfermos de Alzheimer se encuentra bastante desprotegido ya que no hay centros específicos para ellos y tienen que ser gestionados por tercera edad.

También hay otro colectivo de menos de 60 años que puede presentar una patología invalidante con enfermedades degenerativas y no hay recurso para ellos dentro del sistema.

En el terreno de las sugerencias, el Hospital plantea:

- La creación de plazas de convalecencia para tercera edad, imitando el modelo de la Comunidad de Madrid, cuya duración es de tres meses
- Creación dentro de las áreas de centros públicos para personas con enfermedad mental crónica
- Aumento de la cobertura de la teleasistencia de forma que pueda ser más rápida su instalación así como la gestión
- Aumento de la cobertura del SAD, incluyendo fines de semana y tardes-noches.
- Vigilancia y seguimiento tanto por parte de los Servicios Sociales Municipales como Trabajadores Sociales del EAP de los ancianos que viven solos.

C) Conclusiones del II Encuentro de Coordinación Socio-Sanitaria celebrado en Alicante el 11 y 12 de noviembre de 2004 organizado por las Consellerías de Sanidad y Bienestar Social.

Desde el Síndic de Greuges queremos agradecer la colaboración dispensada por los trabajadores sociales de los servicios sanitarios públicos, tanto de atención primaria como de especializada, que han colaborado en la confección de este trabajo. Sin duda, se están abordando cuestiones muy complejas y hemos creído necesario reflejar un documento en el que se recoge el parecer de estos profesionales.

El II Encuentro de Coordinación Sociosanitaria (desde la perspectiva del trabajo social) celebrado en Alicante en Noviembre de 2004 elaboró unas conclusiones derivadas de la discusión en los grupos de trabajo en las que participaron más de doscientas trabajadoras sociales de la C. Valenciana de los ámbitos sanitario, social y municipal, y que quieren trasladar a la Administración Autonómica y Municipal, con el fin de contribuir con su aplicación a la mejora de la coordinación sociosanitaria y la prestación más eficaz de la atención a los ciudadanos en sus necesidades sociosanitarias.

Las conclusiones fueron el fruto de la discusión y el debate, sobre borradores previos de seis áreas de trabajo:

1. Sistemas de Información de Trabajo Social
2. La necesidad de hablar el mismo lenguaje por parte de los profesionales
3. Intervención de coordinación sociosanitaria sobre las personas mayores
4. Intervención de la coordinación sociosanitaria sobre menores
5. Intervención de la coordinación sociosanitaria en salud mental
6. Necesidades de Formación e Información en Trabajo Social desde la coordinación sociosanitaria

Dado que en los distintos grupos se dieron conclusiones coincidentes como demandas específicas, la exposición de estas no siguió el mismo orden arriba establecido. Las conclusiones fueron las siguientes:

1. Que se incorporen trabajadores sociales a todos los dispositivos asistenciales de sanidad (centros de salud, unidades de salud mental), servicios sociales y municipales, donde todavía hay carencias.
2. Que se dote a las Unidades de Trabajo Social de suficientes medios técnicos (informática).

3. Que se unifiquen los registros referidos a la actividad desarrollada por las trabajadoras sociales en los distintos sistemas de información que se están utilizando (ABUCASIS, hospitales, SIGAP, SIUSS; SIM).
4. Que se unifiquen los modelos de solicitudes individuales para cualquier tipo de prestación.
5. Diseñar un modelo de Informe Social único como instrumento adecuado de información y comunicación entre los distintos niveles asistenciales disponiéndose del mismo tanto en soporte papel como informático.
6. Generalizar la utilización de la hoja de notificación de maltrato infantil como instrumento para la solicitud de apoyos específicos a la familia.
7. Potenciar el enfoque preventivo en todas las actuaciones sobre desprotección infantil: introduciendo el criterio de no restrictividad en las notificaciones, incluyendo indicadores de riesgo prenatal.
8. Garantizar la transparencia de los procedimientos.
9. Creación de plataformas o mesas de coordinación estables en los departamentos de salud.
10. 10. Potenciar el papel de los trabajadores sociales como agentes fundamentales en la coordinación de la intervención entre los distintos servicios e instituciones.
11. Elaboración de protocolos de intervención en salud mental, consensuados entre Justicia, Sanidad y Bienestar Social, sobre: ingresos involuntarios en centros hospitalarios, ingresos urgentes en centros específicos de enfermos mentales, personas sin hogar e inmigrantes con problemas graves de integración
12. Ampliar los recursos sociosanitarios previstos en el Plan de Salud mental, incrementando a la vez las ayudas económicas durante el tiempo que tardan en adecuarse los recursos
13. Desarrollar los recursos sanitarios previstos en el Plan de Salud Mental: Hospitales de día, Unidades de Media estancia, UHD mentales, Programas de apoyo a familiares.
14. Desarrollar recursos y/o programas nuevos:
 - Equipos y programas sociosanitarios para pacientes mentales sin hogar
 - Centros de RHB laboral
 - Servicios y Programas de Respiro Familiar
 - Programas de seguimiento domiciliario
15. Reingeniería de procesos que flexibilice y agilice la tramitación y obtención de los recursos necesarios.

16. Creación de una página Web sociosanitaria que recoja toda la información interdisciplinar de la atención sociosanitaria, que previamente se defina (el grupo de trabajo propone rentabilizar la estructura y los recursos del servicio PROP).
17. Formación conjunta, continua y homogénea de los profesionales que prestan atención sociosanitaria independientemente del ámbito de su actuación: Sanidad, Servicios Sociales y Municipios.
18. Diseñar y poner en marcha tres experiencias piloto (1 por cada provincia) con Centros de Atención Primaria, Hospital y Equipos Sociales de Base (municipales) del mismo departamento sanitario para la puesta en marcha de estas conclusiones.
19. Instar a las Consellerias de Sanidad y Bienestar Social a poner en marcha estas conclusiones y a asumir, difundir e implantar la coordinación sociosanitaria como estilo de trabajo imprescindible para una correcta atención sociosanitaria.

D) La perspectiva desde el Síndic de Greuges

Desde la perspectiva del Síndic estimamos muy acertadas las observaciones anteriormente reseñadas pero quisieramos, además, resumir las conclusiones que hemos obtenido de los informes de los centros hospitalarios y comentarlas.

D.1. Carencias en la red general sociosanitaria. A lo largo de toda la exposición precedente, han resultado patentes las carencias en los distintos sectores analizados. Buena parte de los recursos que se citan han sido objeto de tratamiento en anteriores trabajos de esta Institución.

Tras la II Guerra Mundial y la adopción de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, desde la Organización de Naciones Unidas se ha impulsado la elaboración de diversos instrumentos jurídicos internacionales sobre áreas concretas. Tal es el caso de los dos principales instrumentos internacionales surgidos de la Organización de Naciones Unidas, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ambos de 1966

El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 19 de diciembre de 1966 establece que los Estados “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Entre las diversas medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho figura “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

La diferencia fundamental con el Pacto de Derechos Civiles y Políticos es que el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sólo genera obligación de adoptar (artículo 2.1.):

Medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive, en particular, la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

La observación general n° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reseña que el derecho a la salud comprende tanto libertades (como la de controlar la salud y el cuerpo propios y rechazar tratamientos) como derechos que se concretan en el derecho a “un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”. El Comité expresa que el derecho abarca elementos esenciales que son:

- a) Disponibilidad. Cada Estado Parte debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte.
- b) Accesibilidad. Los establecimientos bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos sin discriminación alguna, accesibilidad que presenta cuatro dimensiones: 1) no discriminación; 2) accesibilidad física; 3) accesibilidad económica; 4) acceso a la información.
- c) Aceptabilidad. Es decir, respetuosos con la ética médica y culturalmente apropiados.
- d) Calidad, desde el punto de vista científico y médico.

Dado que se trata de un derecho de realización progresiva, la Observación General n° 3 expresa la índole de las obligaciones de los Estados Parte. Diferencia entre obligaciones de comportamiento y obligaciones de resultado. Si bien la plena realización de los derechos pertinentes puede lograrse de manera paulatina, las medidas tendentes a lograr este objetivo deben adoptarse dentro de un plazo razonablemente breve tras la entrada en vigor del Pacto. El concepto de progresiva efectividad reconoce el hecho de que la plena efectividad no podrá lograrse en un breve período de tiempo pero ello no puede interpretarse equivocadamente como que priva a la obligación de todo contenido significativo. La frase debe interpretarse conforme al objetivo perseguido que es “establecer claras obligaciones a los Estados Partes con respecto a la plena efectividad de los derechos de que se trata” imponiendo así “una obligación de proceder lo más expedita y eficazmente posible con miras a lograr ese objetivo”.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de *respetar*, *proteger* y *cumplir*. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de *respetar* exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de *proteger* requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de *cumplir* requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

El Pacto impone claramente a cada Estado la obligación de adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y

servicios de salud y pueda gozar cuanto antes del más alto nivel posible de salud física y mental. Para ello es necesario adoptar una estrategia nacional que permita a todos el disfrute del derecho a la salud, basada en los principios de derechos humanos que definan los objetivos de esa estrategia, y formular políticas y establecer los indicadores y las bases de referencia correspondientes del derecho a la salud. La estrategia nacional en materia de salud también deberá tener en cuenta los recursos disponibles para alcanzar los objetivos fijados, así como el modo más rentable de utilizar esos recursos.

Desde la perspectiva del Estado español, la Constitución española reconoce el derecho a la protección de la salud en su artículo 43. Dicho artículo está recogido en el Capítulo tercero (*De los principios rectores de la política social y económica*) del Título I (*De los derechos y deberes fundamentales*). El alcance se expresa en el artículo 53 que establece una diferencia sustancial entre las libertades y derechos reconocidos en el artículo 14 y la Sección primera del capítulo segundo y entre los del capítulo tercero ya que estos últimos “informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos” y “sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen”.

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud expresa, en su artículo 14, que “la atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. El número 3 de este artículo insiste en que “la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes”.

Hay un nivel intermedio, pues, de actuación entre Sanidad y Bienestar Social que exige una importante coordinación. Desde la perspectiva que estamos analizando, es decir, la de la creación de red de servicios, queremos resaltar el papel de la planificación. Es cierto que en nuestra Comunidad se elaboran constantemente documentos destinados a planificar las actuaciones a realizar en un futuro en todos estos ámbitos, lo cual, sin duda, constituye un indudable avance pero, es necesario dar un paso más en estos procesos y dotar a tales planes de alcance normativo y, primordialmente, acompañarlos de una dotación económica adecuada y consensuada por todos los sectores sociales implicados que permita una continuidad y estabilidad. En suma, calendario y presupuesto son los dos elementos que estimamos básicos, en atención a las necesidades y disponibilidad, para lograr avances en este terreno.

D.2. Insuficiencia del actual servicio de Ayuda a Domicilio. La asistencia domiciliaria afecta fundamentalmente a las personas en situación de dependencia. Podemos definir la situación de dependencia como “un estado en el cual las personas, por razón de ausencia o pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual requieren de importante asistencia o ayuda en el desenvolvimiento de sus actividades diarias”. La Recomendación nº R (98) 9 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros de fecha 18 de septiembre de 1998, referida a las personas dependientes, expresa en el apartado 3.5 de su apéndice:

Prioridad de la asistencia domiciliaria. La asistencia domiciliaria es generalmente preferida por las personas dependientes. Es un elemento esencial en el respeto por su dignidad y calidad de vida. Por ello la libre elección también concierne a la elección de residencia. La Autoridades realizarán los esfuerzos necesarios para que la asistencia domiciliaria sea

garantizada y considerada prioritaria en sus políticas a través de la adopción de las medidas legislativas oportunas. Hacer de la asistencia domiciliaria una prioridad significa asegurar que una amplia gama de servicios está disponible para facilitar la vida de las personas dependientes en su domicilio y también la de sus cuidadores, en particular haciendo accesible y adaptable el acomodo domiciliario y la aplicación de subsidios o beneficios tributarios que favorezcan la adaptación del domicilio. Debe procurarse la disponibilidad de una amplia gama de posibilidades domiciliarias y de formas alternativas al alojamiento colectivo. Comprenderá, entre otros, centros de día y alojamientos temporales en un establecimiento pero también alojamientos alternativos (por ejemplo, en apartamentos terapéuticos colectivos). Las personas dependientes que viven en su domicilio y que necesitan cuidados, asistencia o ayuda tendrán acceso, en la medida de lo posible, a recibir dichos servicios en su propio domicilio. Todos los servicios serán complementarios. La coordinación entre el sector hospitalario, el sector de asistencia domiciliaria y el sector de servicios sociales es necesaria para permitir a las personas dependientes permanecer en su domicilio y evitar o retrasar su institucionalización. Cuando la institucionalización sea inevitable, los derechos de las personas dependientes deben ser protegidos y sus deseos tomados en consideración.

La buena gestión en la asistencia domiciliaria se sitúa también en el marco de las políticas antidiscriminación en materia de minusvalías.

Los datos que hemos recibido afectan a varias carencias centradas en las dificultades de acceso al recurso, particularmente en las zonas urbanas con alta densidad de población, en su carácter insuficiente, al resultar escaso el número de horas en que se realiza, el personal y las franjas horarias en que se desarrolla la prestación (particularmente en los casos de las tardes y las noches) y la necesidad de complementar tales servicios con otros como atenciones en materia de alimentación.

Urge, por ello, dentro del amplio marco del artículo 5 de la Ley 5/1997, de 25 de junio por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana, proceder a un estudio de necesidades, estableciendo áreas prioritarias de atención y establecer unos mínimos de calidad de este servicio que debe constituir la pieza central de la atención a los ciudadanos que presentan problemas de dependencia.

D.3. Coordinación sociosanitaria. La coordinación es exigida por la Ley. Sin embargo, la práctica revela que no es tan fácil conseguirla y que, en numerosas ocasiones, se están produciendo problemas. Parece, pues, razonable establecer algunos mecanismos que, en nuestra opinión y sin carácter exhaustivo, han dado resultados beneficiosos:

- Establecimiento de Comisiones Sociosanitarias de carácter provincial que sean operativas para la resolución de casos urgentes
- Creación de organismos intermedios de conexión entre Sanidad, Bienestar Social y Justicia que tantos frutos han dado en menores y mujer (Servicios de Protección del Menor, Centros Mujer 24 horas, etc). Especial atención hay que prestar a los casos de abandono familiar de ancianos y personas dependientes que se están convirtiendo en problemas cotidianos en los hospitales y que exigen soluciones rápidas.
- Protocolos de actuación consensuados.

D.4. Mejora de los sistemas de recogida de información y seguimiento. La única forma de realizar un control adecuado de los progresos en estos ámbitos es un adecuado sistema de información y una fiscalización sucesiva de los progresos y cumplimiento de

los diferentes planes. Sin un sistema unificado de obtención y análisis de datos, estos principios básicos de gestión no pueden ser objeto de cumplimiento.

D.5. Otros problemas. Finalmente, reseñar también algunos problemas generales que ya habían sido objeto de tratamiento por esta Institución, particularmente el problema de los retrasos en la tramitación de las minusvalías que ha sido objeto de análisis en numerosas resoluciones y, particularmente, en la investigación más amplia realizada de oficio por esta Institución en la queja 050869 (de oficio 34/05).

En atención a lo expuesto, de conformidad con lo establecido en el artículo 29 nº 1 de la Ley de la Generalidad Valenciana 11/1988, de 26 de diciembre, del Síndico de Agravios, esta Institución efectúa las siguientes RECOMENDACIONES, a las cuales, conforme al último precepto citado, deberá responderse manifestando su aceptación o las causas que lo impidan en el plazo máximo de 15 días:

- PRIMERA.- Atender a las pautas desarrolladas en el II Encuentro de Coordinación Socio-Sanitaria celebrado en Alicante el 11 y 12 de noviembre de 2004 organizado por las Consellerias de Sanidad y Bienestar Social
- SEGUNDA.- Avanzar en el desarrollo de los mecanismos de planificación de la red sociosanitaria mediante la creación de instrumentos normativos con dotación presupuestaria.
- TERCERA.- Avanzar en el ámbito de la coordinación sociosanitaria, mediante el desarrollo de los instrumentos que se citan en el apartado D.3 de este informe.
- CUARTA.- Avanzar en los mecanismos de recogida de información (mediante un sistema unificado) y seguimiento y fiscalización periódica de los instrumentos de planificación.

Para su conocimiento, le hago saber, igualmente, que, a partir del mes siguiente a la fecha en la que se ha dictado la presente resolución, ésta se insertará en la página web de la Institución.

Le agradecemos por adelantado la remisión de lo interesado. Atentamente,

Bernardo del Rosal Blasco
Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana