

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: ¿REALIDAD O PROYECTO?

JULIO SÁNCHEZ FIERRO
Abogado

Sumario

I. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA, PRIORIDAD SOCIAL.

II. ¿QUIÉNES NECESITAN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA? ¿CUÁNTOS SON? ¿POR QUÉ CAUSAS?.

III. ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

IV. MODELOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

V. CONTENIDO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

VI. CONSIDERACIONES FINALES.

I. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA, PRIORIDAD SOCIAL.

Uno de los aspectos de la protección social que más interés está concitando en los últimos tiempos es, sin duda, la atención a las personas mayores o con discapacidad que, por limitaciones de un tipo u otro, necesitan el apoyo y la ayuda de cuidadores para actos ordinarios de la vida cotidiana.

Y ello porque la asistencia sociosanitaria de estas personas es una cuestión básica dentro de las políticas sociales que requiere un abordaje conjunto y coordinado.

Aunque en el terreno de los principios esto parece evidente, no sucede lo mismo en el terreno de los hechos.

Hoy por hoy cabría decir que la acción conjunta y coordinada de los servicios sociales y sanitarios es tan compleja, que parece casi inalcanzable.

No obstante, el carácter integral de la atención a las personas en situación de dependencia es ya un mandato legal, que recogió como algo necesario el llamado Informe Abril a comienzo de los años noventa.

En efecto, la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, del Sistema Nacional de Salud y la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2006) asumen este reto, pero siguen faltando a día de hoy decisiones operativas por parte de los poderes públicos y ello a pesar de que nadie discute que estamos ante una necesidad que requiere un tratamiento prioritario.

Es cierto que desde hace más de una década se registran interesantes experiencias sobre todo en el plano autonómico y municipal, pero esas positivas experiencias no deberían servir para ocultar un amplio listado de temas pendientes:

- Problemas serios de financiación y de sostenibilidad económica.
- Determinación insuficiente de ratios de calidad en centros, servicios y prestaciones.
- Baremo no adecuado para evaluar la intensidad de las ayudas a cuidados.
- Falta de cuidadores profesionales.
- Deficiencias en cuanto a los apoyos de los cuidadores no profesionales (familiares).
- Escasez de infraestructuras, sobre todo residencias y centros de día.
- Escaso papel del sector privado en la provisión y en el aseguramiento de servicios.
- Falta de garantías de equidad, igualdad y cohesión en el acceso a la atención sociosanitaria.

Ciertamente este listado de temas no agota la enumeración de los problemas a resolver para la puesta en marcha y desarrollo de la atención sociosanitaria, pero probablemente recoge los más significativos.

A todos ellos será preciso dedicar esfuerzo conjunto de las instituciones y de la sociedad civil.

II. ¿QUIÉNES NECESITAN LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA? ¿CUÁNTOS SON? ¿POR QUÉ CAUSAS?

El interés creciente por la atención socio sanitaria hay que vincularlo, entre otras razones, a la mayor esperanza de vida y a una cierta desestructuración del núcleo familiar, tan importante, ya que es un factor solidario de primer orden para atender las necesidades que sobrevengan a sus miembros.

Centrándonos en el primer aspecto hay que subrayar que la mayor esperanza de vida, a partir de determinadas edades, va asociada en muchas ocasiones a situaciones de deficiencia o de limitación en la capacidad de decidir y hacer por sí mismo actuaciones propias de la vida ordinaria.

En tales casos la necesidad de recibir apoyo y cuidados de forma continuada se hace patente, tal y como viene insistiendo desde hace tiempo la Organización Mundial de la Salud.

Pero la atención socio sanitaria, que por definición supone cuidados de larga duración, se proyecta sobre una población de características heterogéneas y que, por tanto, requiere respuestas diversas.

La encuesta EDDES nos ayuda a conocer mejor esta dispersa realidad que es preciso tener en cuenta para diseñar y desarrollar medidas de atención socio sanitaria. Estos son algunos de los datos más relevantes:

- De las 39.247.010 personas que constituían la población española en el momento de la encuesta, 3.528.222 declaran algún tipo de discapacidad o limitación, es decir, un 9,0 por

100 de la población.

- La discapacidad está asociada estrechamente con la edad y también con el género. Las personas mayores suponen un 58,8 por 100 de todos los que declaran encontrarse en situación de discapacidad. Y el 58,3 por 100 de las personas con discapacidad son mujeres.

- En las edades infantiles y juveniles las tasas de discapacidad y con mayor riesgo de dependencia se sitúan en torno al 2 por 100 de la población.

- Crecen algo entre las jóvenes de 20-44 años (3,1 por 100) y alcanzan el 9,4 por 100 en las edades maduras.

- En el conjunto de mayores, la discapacidad y el riesgo de dependencia afecta a casi uno de cada tres (32,2 por 100), y dos de cada tres entre las personas de ochenta y cinco y más años (63,6 por 100).

- Con anterioridad a los cincuenta años, las mujeres tienen menos probabilidad que los hombres de tener discapacidad y de verse inmersas en situaciones de dependencia.

- En edades más avanzadas las tasas femeninas superan ampliamente a las masculinas, de forma que a los ochenta y cinco y más años el 65,7 por 100 de las mujeres tienen alguna discapacidad y problemas de dependencia, frente al 59,2 por 100 de los hombres.

- En la edad madura, los cambios en las condiciones biológicas de las mujeres y otras razones hacen aumentar en mayor medida entre ellas las situaciones de discapacidad y de dependencia, en tanto que los hombres

sufren problemas de salud más letales.

- El “envejecimiento” de la vejez, tiene un fuerte impacto en la prevalencia de situaciones de discapacidad y de riesgo de dependencia.

- Las limitaciones más frecuentes son las que afectan a la movilidad (dos de cada tres).

- Los problemas relativos a las funciones visuales y auditivas se presentan fundamentalmente entre los mayores (más del 69 por 100 de todos los españoles).

- La mayor probabilidad de entrar en discapacidad y en riesgo de dependencia se concentra en la población comprendida entre los 80 y 85 años.

- A los cincuenta años, el 9 por 100 de las personas que acabarán con alguna discapacidad ya ha entrado en ella; a los sesenta y cinco, el 23 por 100; a los ochenta y cinco años, la mitad de la población ya ha iniciado alguna discapacidad y necesitan cuidados sociosanitarios.

- Cuanto mayor es la edad, mayor es el riesgo de aparición de una discapacidad cognitiva.

- La entrada en discapacidad entre los mayores es diferente según género. Las mujeres presentan tasas de entrada en discapacidad más elevadas que los hombres, lo que unido a una mayor supervivencia, motiva unas tasas de prevalencia más elevadas en general, y en cada uno de los tipos de discapacidad.

- De forma general, se puede afirmar que se entra primero en discapacidad en las activida-

des más complejas, las que requieren tomas de decisión e interacciones más difíciles con el medio, incluyendo las tareas de manejo y administración del hogar y de la propiedad. Posteriormente, se va perdiendo la habilidad para las actividades básicas o fundamentales, aquellas que permiten la autonomía personal. Se trata de datos a tener muy en cuenta para el tipo de atención sociosanitaria a ofrecer.

- La discapacidad no se distribuye aleatoriamente en el territorio nacional, sino que está más presente en unas zonas que en otras, traduciendo diferencias en la estructura demográfica (zonas más envejecidas) o en las condiciones de salud de su población, reflejo esto a su vez de factores de tipo socioeconómicos, sanitario y de políticas aplicadas.

- La España meridional, muestra una mayor severidad en los casos de discapacidad.

- Las zonas rurales (municipios de menos de 10.000 habitantes) presentan tasas de discapacidad algo más elevadas que las urbanas, y además situaciones de mayor severidad.

- Discapacidad y severidad aumentan con la edad. Por ello, el mayor número de casos graves se encuentran entre los octogenarios.

- Hasta los 40/44 años, las tasas de discapacidad, son más altas entre los hombres, la gravedad es también mayor entre éstos. A partir de esa edad, las mujeres comienzan a sufrir situaciones más graves.

- El panorama de la evolución de las discapacidades y por tanto, de la intensidad de los cuidados es de empeoramiento progresivo y

de más amplia atención socio sanitaria. Sólo un 34,8 por 100 de quienes padecen esta situación las mantienen estabilizadas.

- La mayor parte de las deficiencias o anomalías han sido ocasionadas por enfermedad común (61,1 por 100), especialmente entre las personas mayores, donde la cronicidad de la enfermedad es una característica habitual.

- La edad es el factor demográfico más determinante de padecer alguna discapacidad

y de encontrarse en riesgo de dependencia.

- Entre soledad y dependencia es más relevante y, por tanto, condiciona las características y el contenido de la atención socio sanitaria.

Como complemento a estas consideraciones se recogen a continuación cuadros y gráficos que pueden contribuir a un mejor conocimiento de la realidad que nos ocupa.

Cuadro 1:
Problemas que causan deficiencias.

Problemas que causan deficiencias	Edad						Total deficiencias
	0-18	20-44	45-64	65-79	80+	Total	
Congénito	45,6	26,2	7,3	2,6	1	7	542.170
Problemas en el parto	15,2	7	1,1	0,1	0	1,5	72.378
Accidente de tráfico	2	5,8	2,7	1,3	0,5	1,9	93.351
Accidente doméstico	1,8	1,5	1,7	1,8	2,2	1,9	81.157
Accidente de ocio	0,4	1,9	1,4	0,7	0,4	0,9	44.861
Accidente laboral	0	5,2	6,3	2,3	0,8	3	148.098
Otro tipo de accidente	1,1	3,4	1,8	1,7	1,8	1,9	94.811
Enfermedad común	19	35,2	60,3	69,2	64	60,8	2.973.802
Enfermedad profesional	0,1	1,7	5,1	2,3	0,9	2,4	118.487
Otros causas	13,2	11,8	12,3	17,6	27,8	18,2	881.478
Instic	1,6	0,3	0,1	0,3	0,6	0,4	17.848
Total	100	100	100	100	100	100	4.388.328

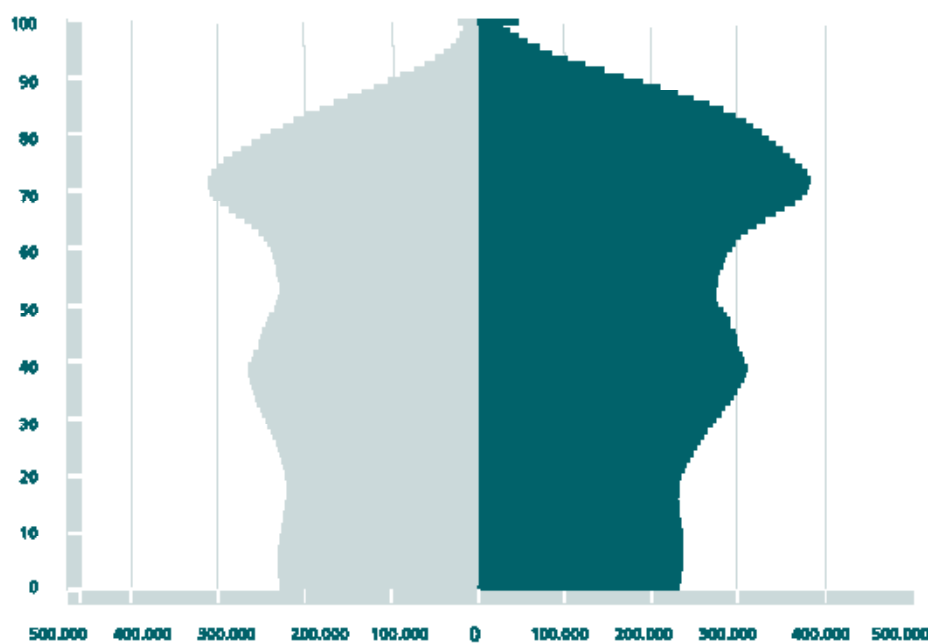
Cuadro 2:
Enfermedades diagnosticadas a personas con discapacidad.

	Hombre	Mujer	Total
	11.522	8.194	19.716
	15.415	14.686	30.101
	4.581	725	5.306
	1.273	955	2.228
	32.590	25.177	57.767
	26.610	14.419	40.029
	93.990	83.708	177.698
	4.809	675	5.484
	9.218	12.968	22.186
	197.160	576.749	773.909
	54.428	88.968	143.396
	20.596	38.822	59.418
	128.470	135.614	264.084
	82.255	93.027	175.282
	41.811	95.095	136.906
	34.567	44.510	79.077

Gráfico1:
Población según sexo y edad, 2005 y 2050.

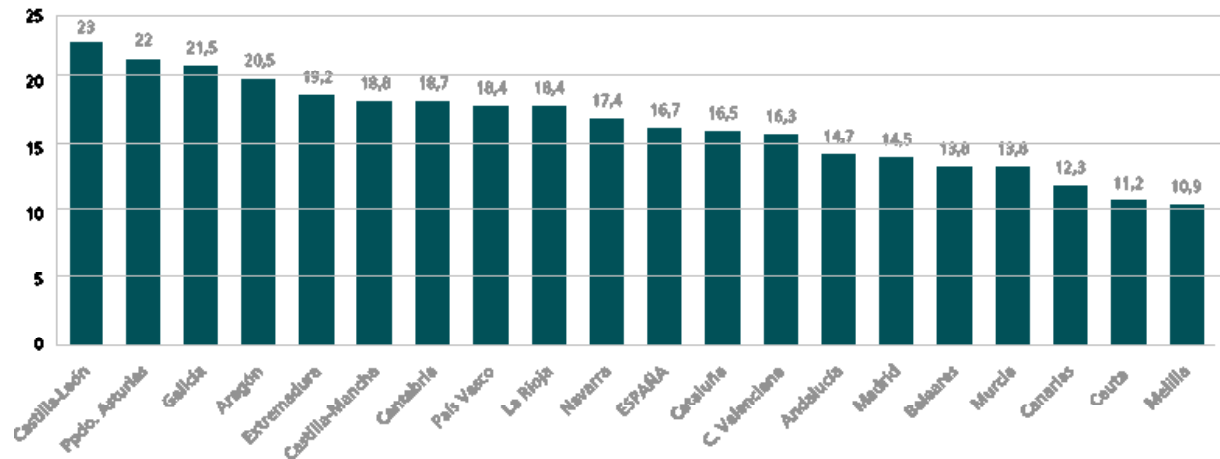


Población Año 2005



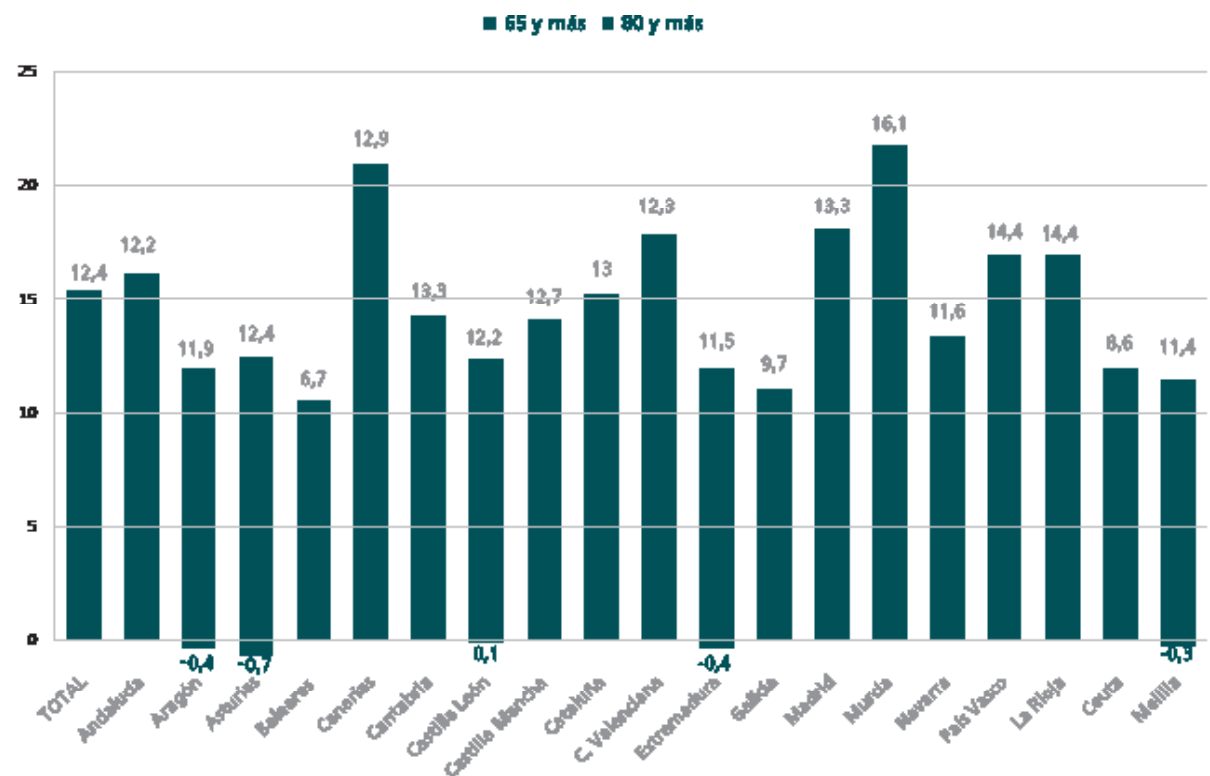
Población año 2050

Gráfico 2:
Porcentaje de personas mayores. Comunidades Autónomas, 2006.



Fuente: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2005. INE 2006.

Gráfico 3:
Incremento de la población mayor 2003-2006 de 65 y 80 años según Comunidad Autónoma.



Fuente: INE: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y 1 de enero de 2006.

Gráfico 4:
Dolencias declaradas por la población de edad, 2003.

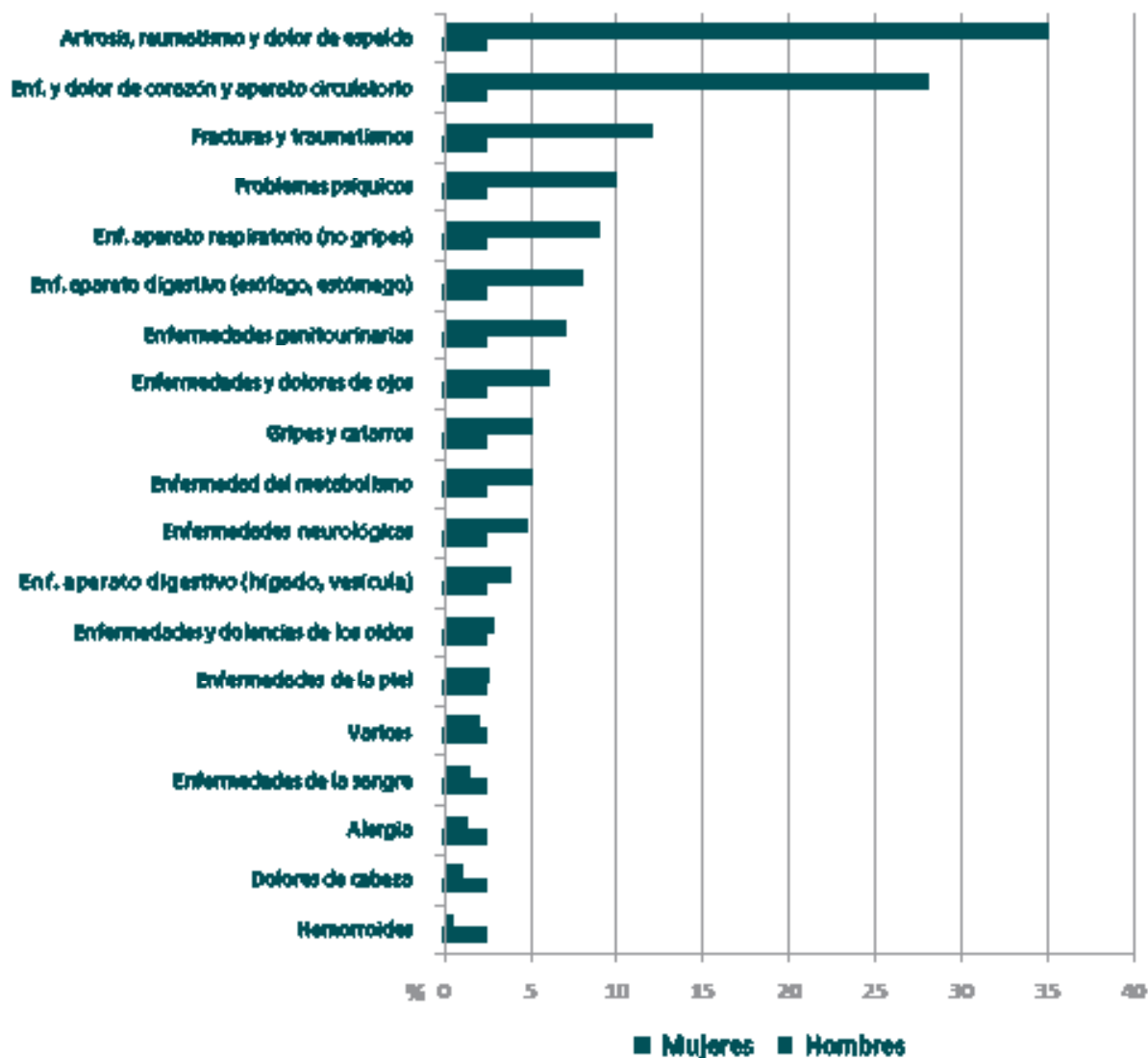
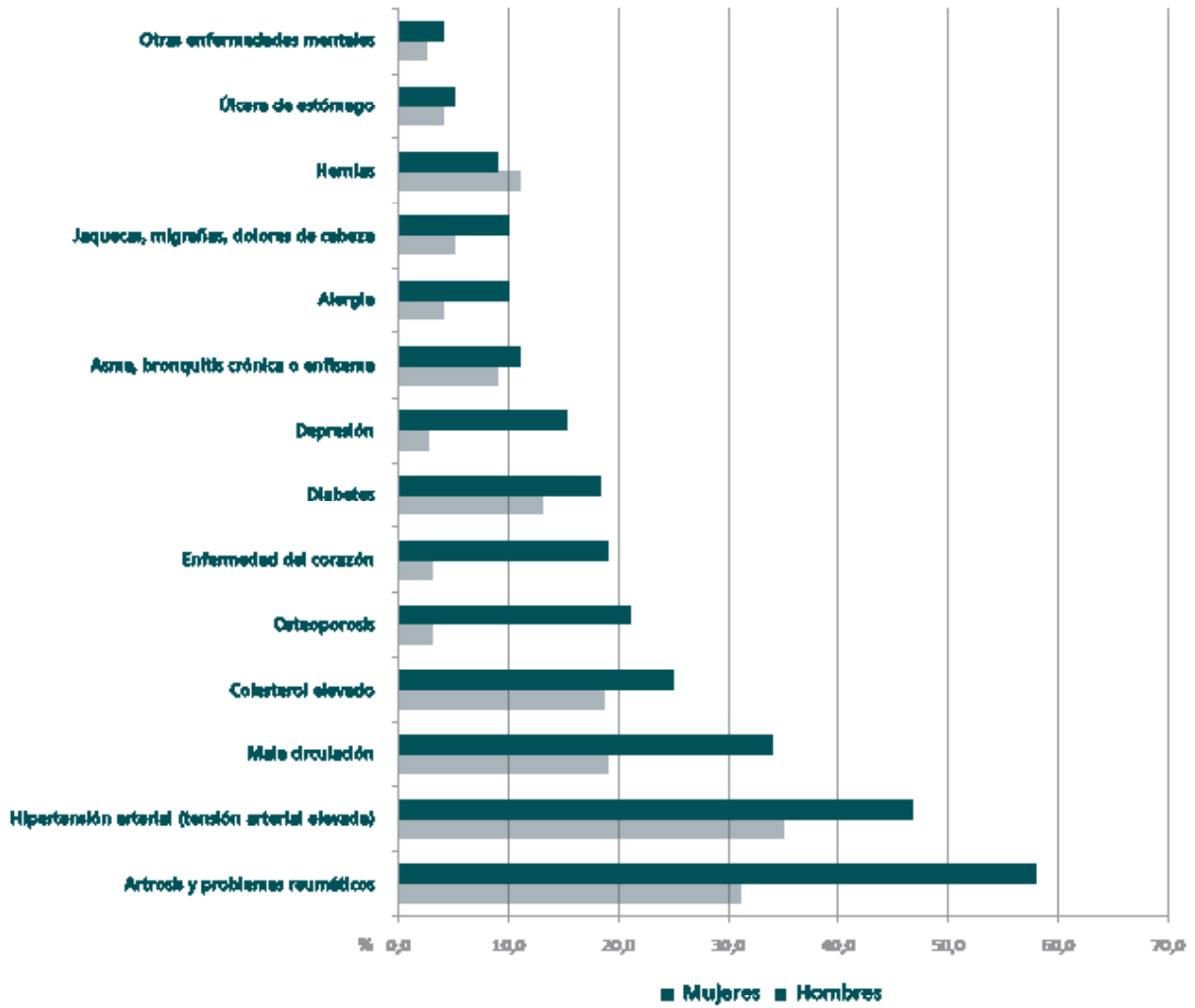


Gráfico 5:
Enfermedad crónica diagnosticada, 2003.



III. ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA.

La idea de atención socio sanitaria ha ido ganando en aceptación y uso entre expertos y políticos y ya se considera como parte habitual de las políticas de protección social, y es más, poco a poco la atención socio sanitaria ha pasado a ser una prioridad a la hora de hacer frente y de resolver problemas que afectan a amplios sectores sociales.

En efecto, las personas mayores y quienes presentan situaciones de discapacidad, así como sus familias son, varios millones de ciudadanos y más que van a ser.

Baste decir que, según previsiones del INE, para 2050, un 31% de nuestra población, superará los 65 años y habrá más de seis millones de octogenarios.

Los poderes públicos deberán ofrecer cuidados y servicios de distinto tipo para atender sus necesidades frente a enfermedades -sobre todo crónicas- y también, a procesos de rehabilitación y de convalecencia que afectan a no pocos ciudadanos, sobre todo a partir de ciertas edades avanzadas.

La esperanza de vida cada vez es más amplia, pero no es menos cierto que la expectativa de vida autónoma más allá de los 65 años, va disminuyendo y la calidad de vida va siendo peor. Ello hace necesario que de modo paralelo las políticas públicas se intensifiquen y refuercen la disponibilidad de infraestructuras y recursos.

Estamos aún muy lejos de que se hagan realidad las profecías de algunos expertos como Eduardo Boncinelli, uno de los genetistas más

reconocidos del mundo, que no duda a la hora de afirmar que “manipulando algunos genes los hombres podremos llegar a vivir 200 ó 300 años”.

Pero no se trata de magnificar y hacer menos gestionables los problemas a la hora de organizar respuestas socio sanitarias ante la pérdida de atención personal.

Hoy en día ya tenemos bastante con establecer planes y medidas para quienes actualmente necesitan este tipo de cuidados, sobre todo las personas mayores.

El Consejo de Europa recuerda otras situaciones que también hay que tener presentes para ofrecerles cuidados y asistencia, como son las de los niños con trastornos graves de desarrollo o los adultos con secuelas graves de accidentes de trabajo o de tráfico o también quienes padecen problemas, neurológicos, enfermedades crónicas degenerativas y situaciones terminales.

A todos ellos deberán dirigirse los cuidados, los servicios y la atención socio sanitaria. A ellos y a sus familias.

El concepto y el contenido de la atención socio sanitaria son complejos. En ocasiones, se utilizan con acepciones más o menos amplias. Su definición habitual, al menos en España, es la de “conjunto de cuidados destinados a aquellas personas enfermas, generalmente crónicas que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, disminuir sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su inserción social”.

A pesar de que las finalidades de la atención sociosanitaria son claras su contenido y alcancen no son cuestiones pacíficas y ello porque, durante décadas en España y en el conjunto de la Unión Europea, los criterios no han sido muy coincidentes.

Esto ha llevado a que una destacada experta comunitaria, la señora Del Pérée, gerontóloga y jurista, haya mostrado su escepticismo y dudas sobre si algún día podremos contar con una verdadera atención sociosanitaria en nuestro Continente, sus dudas aumentaron en torno a si en un próximo futuro habrá suficiente determinación y voluntad para dotar a la atención sociosanitaria de recursos económicos suficientes.

Comparte semejantes dudas el Defensor del Pueblo, que, en sus Informes Anuales (en especial el de 2004) describe con acierto los problemas que se acumulan para superar obstáculos entre los servicios sociales y los sanitarios, por ello insiste en la necesidad de hacer efectiva y de garantizar la continuidad asistencial entre los servicios sociales y los sanitarios.

Hay, ciertamente serios problemas organizativos, que vienen de lejos, pero por encima de todo, hay recelos entre los responsables y los profesionales de los servicios sociosanitarios y sociales.

Son recelos alimentados por culturas asistenciales muy diferentes y por la ausencia de trabajo interdisciplinar entre las organizaciones sanitarias y de servicios sociales.

Estas dificultades y algunas líneas de solución han venido apuntándose en algunos importantes informes y documentos inconstitucionales,

tanto en España como en otros países de nuestro entorno.

El Informe de la Comisión "Abril" (Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991), el Informe de la Royal Commission on long term care (Reino Unido, 1998), las Recomendaciones de la OCDE (A disease based comparison of Health Systems, 2003), el Informe "Key Policy Issues on long term care (OMS, 2003), las Recomendaciones del Consejo de Ministros de la Unión Europea (especialmente, la R (98) 9) ilustran sobre la situación y describen problemas y obstáculos para coordinar, integrar y completar los servicios que han de dar efectividad a la atención sociosanitaria y con ello atenuar o resolver los problemas de las personas que padecen dependencia.

Tales dificultades no están resueltas, pero hay que registrar algunos avances esperanzadores, que indican que han empezado a darse algunos pasos en la buena dirección.

Centrándonos en España, hay que recordar el primer Acuerdo Marco Interministerial (Ministerio de Sanidad y Ministerio de Asuntos Sociales), suscrito en 1993, estableciendo un grupo de expertos y fomentando algunas experiencias piloto en las Comunidades de Madrid, de la Región de Murcia y Comunidad Valenciana.

Aquel Acuerdo, a su vez, dio paso a dos documentos importantes para las políticas de atención sociosanitaria:

- Bases para la Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores (1993) y
- Criterios de Ordenación de Servicios Sanita-

rios para la atención a las Personas Mayores (1995).

Las posturas que allí se recogen sirven para auspiciar un modelo mejor estructurado por niveles de cuidados, atento a los principios de integrabilidad, interdisciplinariedad y rehabilitación, pero hay que reconocer que desde una perspectiva esencialmente sanitaria y, por tanto, no impregnada de los requerimientos que son propios de los servicios sociales.

Todavía en el marco de esta filosofía algo previa a lo sociosanitario, está el Acuerdo del Congreso de los Diputados sobre "Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud" (1997), que incluye una Recomendación al Gobierno para "instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria".

En cumplimiento de ello, se constituyó un Grupo de Trabajo, integrado por expertos de los Ministerios de Asuntos Sociales y de Sanidad, que abordó un estudio relativo a la prestación sociosanitaria, a los usuarios de la misma y a la coordinación, financiación e información en este mismo ámbito.

Un nuevo hito en el camino hacia la atención sociosanitaria vino representado por el Convenio Marco de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y el CERMI (2001), superador de una visión anclada casi en exclusiva en la problemática del envejecimiento de la población.

Siguiendo esta nueva estela, hay que mencionar el II Plan de Acción de las personas con discapacidad 2003-2007, que fue aprobado por el Gobierno en diciembre de 2003.

Este Plan se vio complementado con otro

orientado especialmente para las personas mayores, vigente para el mismo periodo.

Todos estos antecedentes abren camino a dos leyes que enmarcan el nuevo escenario legal y asistencial para la atención sociosanitaria.

Me refiero a la Ley 63/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de 14 de diciembre de 2006.

Antes de entrar en la descripción de los aspectos normativos a nivel estatal, parece obligado citar, al menos, algunos precedentes y aportaciones de evidente interés promovidos desde las Comunidades Autónomas.

Sin duda, estas iniciativas autonómicas, con una intensidad mayor o menor, han permitido poner en marcha algunas experiencias de distinto calado pero ciertamente positivas.

Estos son algunos ejemplos:

- Programa Vida Als Anys (Cataluña 1986).
- Plan Estratégico de Atención Sociosanitaria del País Vasco.
- Plan Floral de Atención Sociosanitaria de Navarra (2001).
- Plan Sociosanitario de Castilla y León (1998).
- Gerencia Única Sociosanitaria de Aragón.
- Servicio de Programas y Ordenación de Cantabria.

- Programa Integral Sociosanitario de Canarias (2002).
- Consejos de Salud en zonas básicas en Asturias.
- Dirección General de Atención Sociosanitaria en Extremadura.
- Plan Andaluz de Salud.
- Plan PALET (Comunidad Valenciana, 1995).
- Programa PASOS (Galicia, 1998).

Más recientemente, favoreciendo la atención sociosanitaria, hay que destacar la creación de las Consejerías de Sanidad y Bienestar Social de Castilla-La Mancha y la de Sanidad y Dependencia de Extremadura.

Madrid ha puesto en marcha la coordinación a través de la Consejería de Familia y Bienestar Social y la Región de Murcia cuenta con un coordinador autonómico.

Hoy ya son 6 Comunidades Autónomas las que cuentan con Consejerías que son competentes simultáneamente en los ámbitos sanitarios y de servicios sociales.

El propio Gobierno ha dado acogida a esta orientación organizativa y ha incluido en un mismo Ministerio a la Sanidad y Servicios Sociales.

IV. MODELOS DE ATENCIÓN SANITARIA.

El Libro Blanco de la Dependencia, que precedió a la Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación

de dependencia, nos recuerda que, ante los cuidados sociosanitarios hay, al menos en teoría, dos grandes opciones:

- a) Apostar por la coordinación sociosanitaria, que presupone la existencia de dos redes asistenciales (la de servicios sociales y la de servicios de salud).
- b) Promover una red de atención sociosanitaria, que implica establecer una nueva organización en la que se integrarían ambos servicios, dando lugar a un nuevo espacio asistencial.

Así pues, como ha dicho Sancho Castello, la coordinación sociosanitaria sería el conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria, en tanto que la Red de atención sociosanitaria sería un conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención sociosanitaria.

La coordinación implica una estrategia para optimizar la gestión de sistemas diferentes, en tanto que la red es, un tercer sistema, distinto del sanitario y del de servicios sociales.

Los autores del Libro Blanco de la Dependencia, aduciendo opiniones de no pocos expertos, se inclinan por el modelo de coordinación.

En cualquier caso, tanto la Ley de Autonomía Personal y Dependencia como la de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, quizá con una intensidad y convicción distintas, también optan por este mismo modelo.

Razones técnicas ofrecen argumentos para

unificar estructuras en una red, pero se correría el riesgo de duplicidades y, probablemente, se generarían costes adicionales de gestión, justo en un momento en que las dificultades de financiar el sistema de protección social son patentes.

Los expertos destacan las grandes ventajas de la coordinación sociosanitaria. Así, por ejemplo, indican que:

- La coordinación favorece el reconocimiento mutuo de las competencias de los sistemas sanitario y de servicios sociales.
- La coordinación contribuye a optimizar la utilización de los recursos disponibles más adecuados para cada situación.
- La coordinación favorece la gestión y el acceso a los recursos asistenciales de modo equitativo, en base a criterios homogéneos y con participación de profesionales expertos en áreas multidisciplinares.
- La coordinación responde a criterios que favorecen la cercanía al usuario.
- En todo caso, la coordinación sociosanitaria favorece la implantación de una cierta metodología con marca que promoverá la calidad de los resultados, su eficiencia y su sostenibilidad sean los mejores posibles.

Por su parte el Libro Blanco de la Dependencia, bajando al detalle, profundiza algunos criterios metodológicos de interés, tales como:

- Sectorización en áreas sociosanitarias únicas (hacer coincidir mapas sanitarios y de servicios sociales).

- Descentralización en la toma de decisiones.
- Diseño de protocolos.
- Sistemas de información y de valoración comunes que eviten dificultades y molestias a usuarios y profesionales.
- Equipos multidisciplinares para la gestión de casos.

En cualquier caso, más allá de opiniones técnico-asistenciales, hay que considerar la dimensión jurídica de la coordinación sociosanitaria, que hoy por hoy, es la opción de nuestro Derecho positivo.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 14, entre otras cosas, establece que la continuidad de la atención, se garantizará por los servicios sanitarios y sociales "a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes".

Por otra parte, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, centrándose en los aspectos sociales de la protección a la dependencia, sólo entra en aspectos sanitarios en algunos temas puntuales tales como:

- Valoración de las situaciones de dependencia, teniendo en cuenta los informes sobre la salud de los potenciales beneficiarios.
- Considerar, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que les hayan sido prescritas a estos últimos.

- Prevención y agravamiento de enfermedades o discapacidades y sus secuelas.
- Atención temprana y rehabilitación de niños de 0 a 3 años.

La conclusión no puede ser satisfactoria, ya que en el terreno de los desarrollos reglamentarios de ambas leyes y en el de los hechos casi todo sigue pendiente.

V. CONTENIDO DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA.

En 2003 la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, por primera vez en nuestro ordenamiento jurídico define el contenido de la atención socio-sanitaria.

Para ello los redactores de la Ley tuvieron muy en cuenta la amplia tipología de los usuarios potenciales de la atención socio-sanitaria.

Dos años antes la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad (Junio 2001) elaboró un documento-propuesta en el que enumeraba los siguientes colectivos:

- Enfermos geriátricos.
- Enfermos mentales crónicos.
- Grandes discapacidades.
- Enfermos terminales.
- Personas con enfermedades crónicas evolutivas y en situación de dependencia funcional.
- Personas en situación de precariedad social con problemas sanitarios.

Pues bien, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 14 se refiere a la prestación socio-sanitaria integrándola en el catálogo básico del Sistema Nacional de Salud, vinculante para todas las Comunidades Autónomas y accesibles en régimen de igualdad a todos los ciudadanos

Al decir del citado artículo 14, se entiende por prestación socio-sanitaria “el conjunto de cuidados destinados a enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea v sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

Añade que dicha prestación, “comprende, con carácter básico los cuidados sanitarios de larga duración de la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”.

La atención socio-sanitaria así definida, se llevará a cabo, al igual que el resto de las prestaciones a través del Real Decreto que fija la cartera de servicios correspondientes a cada prestación.

Real Decreto es el 1030/2006, de 15 de septiembre. Lamentablemente el Real Decreto incumple el mandato legal al no incluir la cartera de servicios correspondiente a la prestación socio-sanitaria.

En realidad, éste es un nuevo incumplimiento, ya que a mediados de los años 90 sucedió lo mismo. En efecto, el Real Decreto 63/95, de 20 de enero, que aprobó la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, en desarrollo de

la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), se “olvidó” de concretar la prestación socio sanitaria.

Más adelante, la llamada Ley de Dependencia, publicada en diciembre de 2006, tampoco dio respuesta a la necesidad de regulación de la atención socio sanitaria. Y esto volvió a suceder a pesar de las denuncias de los sectores afectados y de haberse aprobado una enmienda en el Senado que hubiese corregido esta omisión.

Es cierto que la Ley de Dependencia contiene alguna alusión a la “coordinación socio sanitaria”, pero al no especificar elementos en base a los cuales podría establecerse, no sorprende que el mandato legal no se haya traducido en ninguna medida concreta hasta la fecha.

Probablemente por el ello el Real Decreto Ley de 19 de agosto de 2011 incluyó un mandato para que antes de 2013 se estableciese una Estrategia Socio sanitaria.

A estos efectos el Gobierno de Rodríguez Zapatero preparó un Libro Blanco, sobre coordinación socio sanitaria, pero ello sucedió el día mismo en que se debatía la investidura de Rajoy como nuevo Presidente.

Ante esta situación, los sectores más perjudicados por este vacío legal siguen insistiendo en la regulación de la atención socio sanitaria.

Este es el caso del CERMI, que ha elaborado (junio de 2008) una propuesta normativa de forma de borrador de Real Decreto.

En el borrador del CERMI, se definen las características básicas de la prestación socio sanitaria en línea con la descripción contenida en

la Ley de Cohesión y Calidad, a la que antes se hizo mención.

También es de interés el acento que pone en los aspectos preventivos y de promoción de la salud. El borrador mismo garantiza la igualdad de trato y la equidad e insiste en la orientación hacia las necesidades individuales.

Se destaca en el borrador la primacía del mantenimiento del usuario en su entorno y, se reclama un enfoque integral de la atención a prestar a quienes padecen dependencia.

A modo de desarrollo de esta propuesta de Real Decreto, el CERMI reivindica Programas y actuaciones concretas que pongan el foco en la prevención en la atención temprana, en la rehabilitación y en los cuidados sanitarios de larga duración y complejidad.

VI. CONSIDERACIONES FINALES.

PRIMERA.- La atención socio sanitaria no ha avanzado de modo significativo en España.

Sólo se han dado algunos pasos en el terreno de los conceptos y en algunas experiencias concretas a nivel autonómico.

SEGUNDA.- La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia plantea la necesidad del abordaje de la Coordinación de servicios sanitarios y sociales, pero la falta, a día de hoy, del indispensable desarrollo reglamentario y la configuración de algunos relevantes elementos y medidas, tales como:

- Protocolos.
- Equipos multidisciplinares.
- Formación especializada.
- Apoyo de nuevas tecnologías.
- Distribución competencial entre el Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales.
- Determinación de una cartera de servicios, investigación, estudios económico-financieros).

TERCERA.- Sigue siendo precaria la coordinación entre recursos públicos y privados, y los modelos de concertación son dispersos y en no pocas ocasiones, alejados de pautas realistas en cuanto a calidad y sostenibilidad a medio plazo.

CUARTA.- El aseguramiento privado del riesgo de dependencia y la cobertura de la prestación de atención sociosanitaria tienen en nuestro país un desarrollo muy reducido a diferencia de otros Estados Miembros de la Unión Europea.

El coste de las primas cuando el aseguramiento se produce en edades maduras necesariamente es elevado, en tanto que la oferta de este tipo de seguro privado en edades más tempranas no ha sido suficientemente atractiva.

Probablemente ello se debe a que la incentiación fiscal no es capaz de generar suficiente motivación. Así se ha puesto de relieve en la Comisión del Pacto de Toledo.

QUINTA.- La propuesta de un "compromiso sociosanitario", hecha recientemente por la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad evidencia la voluntad política del nuevo Gobierno, a favor de la atención sociosanitaria.

Dicho compromiso está pendiente de establecer en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en el Territorial de la Dependencia a través de medidas concretas y de una definición nítida de la cartera de servicios.

SEXTA.- Sólo con una política integral e integradora de los servicios sociales y sanitarios mejorará el espacio sociosanitario.

Mejorará en calidad, en eficacia, en agilidad en beneficios de quienes padecen, con mayor o menor intensidad, problemas de dependencia.

SÉPTIMA.- Esa política integral e integradora de atención sociosanitaria debería desarrollarse en base a programas de medio plazo, contando con la colaboración activa de las asociaciones de pacientes, de mayores y de personas en situación de discapacidad.

OCTAVA.- El seguimiento y la gestión de la atención sociosanitaria deberán comportar una estrecha colaboración entre los distintos niveles asistenciales.

NOVENA.- La anunciada actualización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud deberá servir para regular la atención sociosanitaria dándole una configuración más definida y mejor articulada, garantizando en todo caso la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a esta prestación.

DÉCIMA.- Desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y desde el Consejo Territorial de la Dependencia debería fomentarse una nueva cultura que permita un mejor entendimiento entre los responsables de las organizaciones administrativas implicadas en la atención socio sanitaria.

DÉCIMO PRIMERA.- La incorporación de los datos de los servicios sociales a la historia clínica electrónica evitaría duplicidades y solapamientos que pueden entorpecen el trabajo, de los profesionales creando confusión entre los pacientes, y generando costes innecesarios.

DÉCIMO SEGUNDA.- La potenciación de la atención socio sanitaria puede ayudar a “reequilibrar” el papel que debe corresponder a los servicios sanitarios respecto de la protección por dependencia.

Ha sido hasta ahora notorio la pérdida de peso organizativo y presupuestario de los servicios sociales a favor de la dependencia sin que ello haya supuesto avances en calidad asistencial.

DÉCIMO TERCERA.- La planificación de necesidades de recursos humanos, los contenidos formativos y el régimen jurídico aplicable a los profesionales implicados en la atención socio sanitaria deberían merecer una reflexión en profundidad por parte de los poderes públicos.

Entre los profesionales que proceden del Sistema Nacional de Salud y los vinculados al mundo de los servicios sociales hay sensibles diferencias que obstaculizan la gestión y generan desmotivación y descontento.