

La coordinación sociosanitaria en la atención a las personas en situación de dependencia: visión desde la asistencia sanitaria y los servicios sociales

The social and health care coordination for people in situations of dependency: view from health care and social services

MANUELA DURÁN BERNARDINO

PROFESORA DOCTORA EN DERECHO DEL TRABAJO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL

UNIVERSIDAD DE GRANADA

Resumen

La coordinación entre el ámbito social y sanitario continúa siendo uno de los retos más importantes en la sociedad actual, siendo necesaria y urgente para ofrecer una atención integral a las personas mayores, pacientes crónicos, con limitaciones de autonomía personal o que precisan asistencia profesional intensa. Se garantizaría así una mayor calidad en la asistencia ofrecida, se optimizarían los recursos y, lo más importante, mejoraría la calidad de vida de los ciudadanos. Por ello, el objeto de este trabajo es ofrecer una profundización de la coordinación, integración y colaboración de los recursos sociales y sanitarios ante un escenario en el que el aumento de la demanda de cuidados profesionales del ámbito social y sanitario, fruto del acelerado proceso de envejecimiento, y la crisis financiera actual, exigen la adopción de un modelo de coordinación sociosanitario que permita avanzar en una atención más eficaz. Para lo cual, se realizará, en primer lugar, el estudio de la cobertura que por parte de la acción protectora del sistema nacional de salud y de los servicios sociales se le ha dado al conjunto de necesidades a las que se enfrentan los dependientes y sus cuidadores. En segundo lugar, se aborda uno de los aspectos que más preocupa a expertos y políticos, tanto nacionales como europeos, desde hace algunas décadas: la necesaria coordinación sociosanitaria en la atención a las personas con enfermedades crónicas o en situación de dependencia, identificando diferentes propuestas ante los fracasos constatados y los errores manifiestos. Por último, a modo de reflexión final, además de detectar las buenas prácticas adoptadas recientemente, se enuncian las amenazas a las que actualmente se ven expuestas las políticas emprendidas.

Abstract

Coordination between social and healthcare remains one of the most important challenges in today's society, being necessary and urgent to provide comprehensive care for the elderly, chronically ill patients with limited personal autonomy or require intensive professional assistance. This would ensure a higher quality of care offered, resources and, most importantly be optimized, improve the quality of life of citizens. Therefore, the aim of this paper is to offer a deepening of coordination, integration and collaboration of social and health resources in a scenario in which the increase in demand for social care professionals and health field, the result of the accelerated process aging, and the current financial crisis, require the adoption of a model of socio coordination to advance a more effective care. To which will be held, first, the study of the coverage by the protective action of national health and social services has been given to all needs that dependents face and their caregivers. Secondly, it addresses one of the issues of greatest concern to both national and European experts and politicians from several decades: the necessary care coordination of care for people with chronic diseases or dependency status, identifying different proposals to the failures found and manifest error. Finally, as a final thought, in addition to identifying good practices recently adopted, the threats currently undertaken policies are exposed are set.

Palabras clave

Sistema sanitario; servicios sociales; coordinación sociosanitaria..

Keywords

sanitary system; social services; social and health coordination.

1. LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1.1. Incidencia del sistema sanitario en la atención a la dependencia

El Sistema Nacional de Salud tiene una doble corresponsabilidad ante las situaciones de dependencia. En primer lugar, por la incidencia que han tenido los avances sanitarios en los altos índices de esperanza de vida alcanzados¹, y en segundo lugar, por las repercusiones que ocasiona el envejecimiento de la población en los recursos sanitarios necesarios para su atención².

El desarrollo en la asistencia sanitaria pública y su universalización al conjunto de la población ha proporcionado amplios efectos beneficiosos, entre ellos, una notable prolongación de la vida del conjunto de la población y, en consecuencia, el aumento del número de personas que sufre alguna alteración física, psíquica o sensorial, a consecuencia de la edad, necesitando inexorablemente de cuidados sanitarios y sociales³. Del mismo modo, enfermedades y accidentes que con anterioridad eran mortales, en la actualidad no lo son gracias a los avances sanitarios, sin embargo, en numerosas ocasiones provocan secuelas profundas e irreversibles que repercuten directamente en su autonomía personal, haciendo necesaria su atención por los servicios sanitarios durante el resto de su vida. Emergen así nuevos estados de necesidad, prolongados durante más años, representando un importante desafío para nuestro Estado de Bienestar.

No cabe duda de que el aumento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población ha sido una conquista alcanzada por los avances progresivos de los servicios sanitarios, sin embargo, este aumento de la esperanza de vida debe ir acompañado de unos cuidados sociales y sanitarios específicos para así garantizar un nivel de calidad de vida óptimo que permita su disfrute. Así es, el objetivo de los sistemas sociales y sanitarios no termina con el incremento de los años de vida, sino que tiene por finalidad que estos años se viva con la mayor capacidad funcional y con la mejor autonomía personal posible⁴.

Las situaciones de dependencia siempre han estado fuertemente vinculadas con el Sistema Nacional de Salud, pues un estado de dependencia, derivada del envejecimiento, de una enfermedad o de otras limitaciones, va aparejado a la necesidad de ser atendidos por recursos

¹ Aproximadamente a partir del año 1970 se empieza a percibir la incidencia de la sanidad en la mejora del estado de salud de los españoles, siendo la esperanza de vida al nacer de 72,4 años, y llegando a ser en la actualidad de 82,38 años. Estos resultados sitúan a España en uno de los países más longevos aún sin ser de los que más invierten en cuidados de la salud, lo que da muestra de la calidad de nuestro Sistema Sanitario. Véase PÉREZ ORTÍZ, L.: “Envejecimiento de la población y gastos sanitarios: más allá del determinismo demográfico”, en VV.AA., BAZO, M^a. TERESA (Coord.), *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. el desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa*, Nau Llibres, 2012, págs.146-147.

² El Envejecimiento de la población tiene una incidencia directa en los recursos sanitarios por la apreciación de que las personas mayores, por su falta de autonomía, necesitan más cuidados y por tanto consumen más recursos. Así lo demuestran las estadísticas más recientes, en la que se aprecia como la utilización de recursos sanitarios se incrementa a medida que avanza la edad de la población. El consumo máximo de estancias hospitalarias corresponde al grupo de edad de 75 a 84 años y el número de visitas a los médicos de atención primaria se incrementa a edades avanzadas. Véase, PÉREZ ORTÍZ, L.: “envejecimiento de la población y gastos sanitarios: más allá del determinismo demográfico”, *op. cit.*, págs. 151-155.

³ Véase, CRUZ VILLALÓN, J.: “La protección social de la dependencia”, *Temas Laborales*, N.º 89, 2007, pág. 11.

⁴ Al respecto puede consultarse, IMSERSO.: *Libro Blanco de la Coordinación Socioanitaria en España*, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, 15 de diciembre de 2011, pág. 233.

sanitarios bien sea de forma puntual o bien requiriendo asistencia de larga duración, (como es en el caso de las enfermedades crónicas), en virtud del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, consagrado en el artículo 43 de nuestra Constitución⁵. Concretamente, esta relación viene justificada por los siguientes motivos⁶: por regla general, la causa principal de la dependencia son las enfermedades sufridas por la población y especialmente por las personas mayores, cuyo incremento incide directamente en la frecuencia e intensidad de éstas⁷; a través del sistema sanitario esas enfermedades pueden ser prevenidas (medicina preventiva) y en aquellos casos en los que la enfermedad se haya materializado causando una situación de dependencia serán controladas y tratadas de forma adecuada para evitar su agravamiento (medicina asistencial); en aquellos supuestos de patologías crónicas o múltiples son muy frecuentes las descompensaciones, por lo que su atención sanitaria reviste una especial dificultad en el manejo asistencial (domicilio, residencia, hospital) y clínico (diferentes especialidades) de estos pacientes.

Ante dicha conexión, es interesante proceder al estudio de los mecanismos sanitarios con los que se han venido atendiendo a las personas en situación de dependencia para así determinar si el sistema de protección más adecuados para dar respuesta a esta compleja situación de necesidad debería ser el sanitario y analizar la remodelación que precisa este sistema para adaptarse a la nueva dimensión del riesgo a proteger tras los cambios sociales y demográficos de las últimas décadas.

1.2. Mecanismos sanitarios de atención a las personas en situación de dependencia

El Sistema Nacional de Salud, en el ejercicio de sus competencias, ha dado respuesta a estas situaciones de necesidad, en un principio a través de prestaciones generalizadas para el conjunto de la población y posteriormente dirigiendo su atención a situaciones específicas necesitadas de cuidados sanitarios concretos.

Con el objeto de hacer efectivo el derecho a la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española se aprueba la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, con la que se consagra el Sistema Nacional de Salud⁸. Su contenido se dirige principalmente a la promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades, a la rehabilitación funcional de los pacientes y a su reinserción social⁹, y en ella se propugna la noción de “atención primaria”

⁵ «Este precepto constitucional exige a los poderes públicos la adopción de medidas dirigidas a configurar el derecho a la protección de la salud, como un derecho subjetivo y universal, al que tengan acceso todos los ciudadanos en condiciones de igualdad y la configuración del Sistema Nacional de Salud con unas características generales y comunes, que contengan el marco básico de los servicios sanitarios en el territorio del Estado». Véase, en este sentido, APARICIO TOVAR, J.: “El derecho a la protección de la salud. El derecho a la asistencia sanitaria”, en VV.AA., MOLINA NAVARRETE, C., PÉREZ, J.L. y MORENO VIDA, M.N. (Coords.), *Comentario a la Constitución Socio-Económica de España*, Comares, Granada, 2002, págs. 1554-1562

⁶ IMSERSO: *Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Madrid, 2005, pág. 469. En los mismos términos, Informe de la sociedad española de geriatría y gerontología, “Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización”, pág. 4.

⁷ Aunque no se puede vincular la enfermedad con la vejez porque no todos los ancianos están enfermos, lo cierto es que a mayor edad, las posibilidades de padecer alguna enfermedad son más altas.

⁸ BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986.

⁹ Con la aprobación de esta Ley se rompe el modelo sectorial precedente y la protección de la salud de las personas pasa a estar amparada por la cobertura general que proporciona el sistema. Véase, ZABARTE, M^a. E.: “La dimensión (...)”

como primer nivel de contacto de los ciudadanos con el sistema de salud¹⁰ (Artículo 12), sin embargo, sólo se refiere a cuestiones relacionadas con la dependencia de forma indirecta. La citada Ley fue desarrollada por el RD 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud¹¹ (ya derogado), donde se relacionaban las prestaciones sanitarias que debían ser facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud, diferenciando cinco modalidades: atención primaria, especializada, prestaciones farmacéuticas, complementarias y servicios de información y documentación sanitaria (Anexo I). En su contenido, no figuraba ninguna prestación sanitaria que de forma directa se dirigiera a las personas en situación de dependientes, en cambio, recogía algunas previsiones relacionadas con la misma al dirigirse a los adultos y ancianos, tales como la «atención y asistencia sanitaria a enfermos con procesos crónicos», la atención a los «problemas específicos de salud durante la tercera edad, en base al artículo 50 de la Constitución» o la «atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales» (dentro de la atención primaria)¹², aspectos todos ellos ajenos al ámbito concreto de la dependencia pero, a su vez, próximos a él. Además, en su Disposición adicional cuarta (actualmente vigente), se establece que «la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio...». Este último precepto se encuentra ampliamente relacionado con la atención a la dependencia, puesto que en la práctica son frecuentes las situaciones en las que habiéndose superado la fase aguda de una enfermedad en instalaciones sanitarias, no resulta posible su atención domiciliaria, teniendo que ser ingresados en residencia de servicios sociales para personas carentes de autonomía personal¹³.

Especial mención merecen los programas de atención primaria relacionados con las personas dependientes, al desarrollar las actuaciones sanitarias más planificadas en relación a este colectivo. Se concretan en: el programa de actividades de prevención y promoción de la salud creado en 1988 por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, en el

múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud”, *RMTAS*, N.º 65, 2006, págs. 49-55.

¹⁰ Con el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud, se fijaron las bases de la Atención Primaria en España, estableciéndose el centro de salud como estructura física y funcional para el desarrollo de una atención primaria sanitaria que se definía como coordinada, integral, permanente y continuada, consolidándose así la importancia de este primer nivel de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos (artículo 12 LSNS). Durante los años 80, los servicios y prestaciones sanitarias alcanzaron un destacado grado de maduración que permitió su definición y organización para todo el Estado, garantizando así el derecho fundamental a la igualdad (previa a su traspaso a las Comunidades Autónomas). Véase, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P.: “El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia”, *Documentos de Trabajo (laboratorio de alternativas)*, N.º 87, 2006, pág. 46; SEMPERE NAVARRO, A.V.: “Presupuestos, antecedentes y gestación de la Ley”, en VV.AA. SEMPERE NAVARRO, A.V. (Dir.) y CHARRO BAENA, P. (Coord.), *Comentario Sistemático a la Ley de la Dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y Normas Autonómicas*, Thomson Aranzadi, Navarra, 2008, pág. 97.

¹¹ BOE núm. 35, de 10 de febrero de 1995.

¹² Véase un análisis más amplio en CASADO PÉREZ, D.: “Expectativas de las personas mayores respecto a la Ley de Dependencia”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N.º 60, 2006, págs. 160-161.

¹³ ALONSO SECO, J. M.: “Integración de la dependencia en los sistemas públicos de protección social”, en VV.AA. ALEMÁN BRACHO, C., ALONSO SECO, J.M. y FERNÁNDEZ SANTIAGO, P. (Coords.), *Dependencia y Servicios Sociales*, Aranzadi, Navarra, 2010, pág. 131.

que se recogen diferentes recomendaciones de prevención y promoción de la salud para los mayores con el objeto de aumentar la expectativa de vida libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional, y cuando este se haya producido, recuperar el nivel de funcionalidad previo con el objeto de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible; el programa del anciano, dirigido a fomentar la autonomía física, psíquica y social de las personas mayores de 65 años, garantizando en cualquier caso la continuidad de cuidados que las personas mayores deben recibir en función de su estado de salud y con el nivel de riesgos al que se encuentre expuesto; y los programas de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y atención a terminales¹⁴.

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud¹⁵ (modificada parcialmente por el RD-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones), empieza a aproximar los instrumentos sanitarios a las personas dependientes a través de la utilización de términos tales como, los cuidados de larga duración¹⁶, la autonomía, enfermedades crónicas, entre otros, en el marco de las prestaciones sanitarias de atención primaria¹⁷ y especializada¹⁸. Además, se trata de la primera Ley que introduce en España la atención de tipo socio-sanitaria, incluyéndola en el Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Se define como «*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 inserción social*» (artículo 14.1). Es decir, el objeto de estos servicios sanitarios y sociales consiste en aumentar la autonomía y paliar las limitaciones de los enfermos, o lo que es lo mismo, evitar que se origine una situación de dependencia.

Sin embargo, se limita¹⁹ a señalar que en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria comprenderá los «cuidados sanitarios de larga duración», «la atención

¹⁴ IMSERSO: Libro Blanco: *Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, op. cit., págs. 473-477.

¹⁵ BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003.

¹⁶ Los cuidados sanitarios de larga duración hacen referencia a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, que pueden proporcionarse en su domicilio o requerir un periodo prolongado de internamiento. En IMSERSO: Libro Blanco: *Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, op. cit., pág. 489.

¹⁷ El artículo 12 de esta Ley define la atención primaria como el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. La atención primaria, comprende la promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Tres años más tarde, el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, coincide en la definición de la “atención primaria” (Anexo II).

¹⁸ La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel (artículo 13 Ley 16/2003, de 28 de Mayo).

¹⁹ Una vez más, se aprecia como la escasa regulación de los servicios sociosanitarios, necesarios para cubrir su demanda actual y futura, se limita a enunciados generales e inconcretos. Véase, ZABARTE, M^a. E.: “La dimensión (...)”

sanitaria a la convalecencia», y la «rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable» (artículo 14.2), ofreciendo una regulación parcial al olvidarse del ámbito social (alimentación, vivienda, ayuda de terceras personas, etc.)²⁰. Además, las atenciones mencionadas no están incluidas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, por lo que su disponibilidad actual para los ciudadanos queda a la libre decisión de las Comunidades Autónomas en función del nivel de atención que cada una determine, originando desigualdades territoriales de relevancia²¹.

No obstante, la introducción en el catálogo de prestaciones de la atención sociosanitaria pone de relieve la voluntad de los poderes públicos de impulsar la asistencia sociosanitaria, aspecto que nos brinda una dosis de optimismo en la medida en que permite confiar en que puedan satisfacerse las necesidades de un colectivo de población muy vulnerable²² garantizando la continuidad del servicio entre los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones implicadas (artículo 14.3)²³. Y es que para proporcionar una atención integral a las personas dependientes es necesaria la interacción y confluencia entre el ámbito social y el sanitario, siendo un elemento clave del sistema de promoción y cuidado a las personas dependientes²⁴.

Esta Ley ha sido desarrollada por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En su Anexo II recoge la cartera de servicios comunes de atención primaria, entre los que cabe destacar por su relación con la materia que nos ocupa, los siguientes: la atención al adulto, grupos de riesgo y enfermos crónicos, que comprende, entre otras actuaciones, los cuidados precisos al paciente y a su cuidador (6.4); atención domiciliaria a pacientes inmovilizados, donde se incluye la información y asesoramiento al cuidador principal (6.4.3); atención al anciano de riesgo, lo que implica la «*valoración clínica, sociofamiliar y del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria. Esta valoración conlleva la elaboración de un plan integrado de cuidados sanitarios y la coordinación con atención especializada y los servicios sociales, con la finalidad de prevenir y atender la discapacidad y la comorbilidad asociada*» (6.5.3), recogiendo así, por vez primera, una referencia directa y explícita al concepto de dependencia en un texto normativo sanitario; la atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas, incluyendo el apoyo a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal (6.5.4); la atención a la salud mental de las personas con trastorno grave y prolongado y a sus cuidadores en coordinación con los servicios de atención especializada (8).

múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N.º 65, 2006, pág. 58.

²⁰ SEMPERE NAVARRO, A.V.: “Presupuestos, antecedentes y gestación de la Ley”, en VV.AA. SEMPERE NAVARRO, A.V. (Dir.) y CHARRO BAENA, P. (Coord.), *Comentario Sistemático a la Ley de la Dependencia*. cit., pág. 99.

²¹ En este sentido, CASADO PÉREZ, D.: “Expectativas de las personas mayores respecto a la Ley de Dependencia”, *op. cit.*, pág. 161.

²² ZABARTE, M^a. E.: “La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N.º 65, 2006, pág. 58.

²³ IMSERSO: *Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, *op. Cit.*, pág. 489.

²⁴ Sin embargo, se trata de una realidad inacabada, dado que la coordinación entre estos dos ámbitos constituye en la actualidad un objetivo por conseguir. Véase, BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: “La atención a la dependencia: régimen legal. Interacciones entre lo social y lo sanitario”, *Derecho y Salud*, Vol. 16, N.º extra 2, 2008, pág. 4.

2. LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

La atención a las personas en situación de dependencia siempre ha sido un ámbito de intervención de los servicios sociales (asistencia social-*interna*), en un principio de forma indirecta centrandó su atención en sectores concretos como las personas con discapacidad o las personas mayores y posteriormente dirigiendo su atención de forma específica a las personas en situación de dependencia. Sea como fuere, su actuación ha sido pionera en instrumentar ayudas económicas y en la construcción de una red de servicios (constituida por la ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día o centros residenciales), dirigida a los diferentes colectivos en situación de dependencia (tales como personas discapacitadas física o psíquicamente, personas mayores, personas con enfermedad mental).

Así, entre las políticas sociales dirigidas a las *personas con discapacidad* en España, debe hacerse alusión en primer lugar a la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos²⁵ (LISMI) que desarrolló el artículo 49 de la Constitución Española (derogada por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social)²⁶. Nos encontramos ante un hito histórico en lo referente a atención sanitaria y social de las *personas mayores y discapacitadas*, que integra dentro de su Sistema de prestaciones sociales y económicas una prestación directamente relacionada con la dependencia, llamada *subsidio por ayuda de tercera persona* (art. 12.2.c LISMI, actualmente regulado en el artículo 8.3 y en la Disposición transitoria única del RD-L 1/2013), cuyo contenido es similar al mencionado respecto a la gran invalidez, la prestación no contributiva de invalidez o la prestación no contributiva por hijo a cargo.

Este sistema especial de prestaciones fue desarrollado en su integridad por el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero²⁷, en el que se dispuso que «*el subsidio por ayuda de tercera persona consistirá en una prestación económica de carácter periódico, destinada a aquellas personas afectadas por una minusvalía que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten, a juicio del equipo multiprofesional, la asistencia de otra persona para realizar actos esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos*» (art. 22). Para ser beneficiarios de dicha protección deberán reunirse una serie de requisitos, tales como: ser mayor de dieciocho años, estar afectado por una minusvalía en grado igual o superior al 75 por 100 y no hallarse atendidas en centros en régimen de internamiento²⁸.

Del mismo modo, en el marco de los servicios sociales para personas con discapacidad, la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no

²⁵ BOE núm. 130, de 30 de abril de 1982.

²⁶ BOE núm. 289, de 3 de diciembre de 2013.

²⁷ BOE núm. 49, de 27 de febrero de 1984.

²⁸ Estos subsidios fueron suprimidos por la Ley 26/1990, de 20 de diciembre (disposición adicional novena), pero continúan vigentes para aquellos beneficiarios que los tuvieran reconocido con anterioridad y no hubieran pasado a percibir una pensión no contributiva. Ahora bien, es incompatible con las prestaciones no contributivas y con las asignaciones por hijo a cargo minusválido (arts. 18 RD 357/1991 y 8.3 del RD 356/1991).

discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad²⁹ (derogada por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre), introdujo una relevante modificación del artículo 46.3 del Estatuto de los Trabajadores de 1995, de una gran trascendencia para el colectivo que se estudia, al establecer que «*también tendrán derecho a un período de excedencia, de duración no superior a un año, salvo que se establezca una duración mayor por negociación colectiva, los trabajadores para atender al cuidado de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad no pueda valerse por sí mismo, y no desempeñe actividad retribuida*»³⁰.

En las políticas sociales hacia las *personas mayores* en España es preciso remontarse a la Orden de 19 de marzo de 1970 en la que se estableció el Servicio Social de Asistencia a los Ancianos³¹, que recogía diversas modalidades prestacionales de relevancia para las personas en situación de dependencia, tales como la atención a domicilio, los hogares y la creación y mantenimiento de centros gerontológicos y residenciales. Por su parte, el Plan Nacional de la Seguridad social de Asistencia a los Ancianos, aprobado por Orden de 25 de febrero de 1971³², recogía la prestación de ayuda a domicilio, que comprendía el aseo personal y la limpieza del hogar, el lavado de ropa, la asistencia médica a domicilio, el servicio de comida, la mejora del hogar, la compañía a personas enfermas, la terapia ocupacional, la asistencia social, moral y jurídica, el servicio de peluquería y la biblioteca (en el marco de los servicios sociales de acción directa); la creación de hogares y clubes de pensionistas, actualmente conocidos como Centros de Día, con la finalidad de favorecer la convivencia, la atención geriátrica, recreativa, cultural, etc. (servicios sociales intermedios); e incluso a la creación de residencias asistidas para quienes no pudieran valerse por sí mismos³³.

Igualmente, han tenido una innegable importancia los planes de atención a las personas mayores y personas con discapacidad. En 1987 se aprueba el *Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales* promovido por el Ministerio de Trabajo con carácter universal para todas las personas en situación de necesidad, dotadas de contenido informativo y asistencia (ayuda a domicilio, alojamiento alternativo, prevención e inserción social y Centros de Atención Básica)³⁴, con el objeto final de conformar un sistema público de servicios sociales adaptados a las necesidades actuales, tal y como se manifestó en la Ponencia Técnica de Evaluación del Plan concertado, y especialmente con la intención de ordenar globalmente el problema de la dependencia³⁵. En 1991, el IMSERSO (en su

²⁹ BOE núm. 289, de 3 de diciembre de 2003.

³⁰ En el ámbito público se le ha dado la misma redacción para modificar el art. 29. 4 de la Ley de Medidas de Reforma de la Función Pública de 1984, salvo la referencia a trabajadores que se sustituye por la de funcionario y la falta de alusión a la negociación colectiva.

³¹ BOE núm. 70, de 23 de marzo de 1970.

³² BOE núm. 53, de 3 de marzo de 1971.

³³ AZNAR LOPEZ, M.: “Notas sobre la protección de la dependencia en la Seguridad Social española. Aspectos retrospectivos y prospectivos”, *Foro de Seguridad Social*, N.º 5, 2001, págs. 52 y 53.

³⁴ VV.AA., MONTOLYA MELGAR, A. (Dir.): *La protección de las personas dependientes. Comentario a la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Civitas, Navarra, 2007, pág. 40.

³⁵ Este Plan surge del acuerdo de las Comunidades Autónomas, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y la Administración Central para garantizar los derechos básicos de la ciudadanía, en igualdad de condiciones (...)

momento, INSERSO) elaboró el primer Plan Gerontológico Nacional, representando el desencadenante de numerosos Planes gerontológicos autonómicos³⁶. Aunque no fue publicado en el Boletín Oficial del Estado, a partir de dicho año se fueron consignando créditos en los Presupuestos Generales del Estado distribuidos entre las Comunidades Autónomas (que aportaban la misma cantidad económica financiada por el Estado) con el objeto de atender a las personas mayores y especialmente a aquellas que se encontraran en situación de dependencia. Los programas se dirigen a la construcción, adaptación y mantenimiento de plazas asistidas en residencias y centros de día, destinadas a personas mayores de sesenta y cinco años, afectadas por graves problemas de autonomía funcional, y a la atención socio-asistencial de personas dependientes afectadas por la enfermedad de Alzheimer o demencias de características similares.

Una década más tarde, el Plan fue sustituido por el Plan de acción para las personas mayores 2003-2007, en el que se hacen referencias más concretas a la atención de la dependencia³⁷. Uno de sus objetivos es el *de avanzar en las políticas de protección a las personas mayores en situación de dependencia*, contando con cuatro estrategias: establecer medidas de apoyo a las personas mayores en situación de dependencia, con los programas existentes; avanzar hacia una atención coordinada entre los servicios sociales y sanitarios; profundizar en las exigencias del derecho y de la bioética a fin de salvaguardar al máximo la dignidad de las personas mayores; y promover la atención especializada a los enfermos de Alzheimer y otras demencias, así como aquellas otras patologías que requieran una atención especializada. En una línea similar se pronuncia el Plan de acción integral para las personas con discapacidad de 2003, en el que se establece que *«los programas deberán dirigirse de forma preferente hacia las personas con discapacidad física severamente afectadas, aunque también podrán ser incluidas la discapacidad psíquica y sensorial en función de las necesidades de cada comunidad autónoma»*³⁸.

Pero sin ninguna duda, la configuración de los Servicios Sociales en España y la mayor aportación en materia de dependencia, se produce en el seno de las Comunidades Autónomas al ser éstas las competentes en la legislación y gestión de los servicios sociales en España³⁹ (asistencia social-externa).

independientemente del territorio nacional al que se pertenezca. En definitiva, se trata de una cooperación económica, de gestión, informativa y de asistencia técnica de las tres administraciones públicas competentes.

³⁶ Siguiendo con la filosofía de cobertura integral de la vejez, este plan extendió sus líneas de actuación a las pensiones, salud, servicios sociales, cultura, ocio y participación. Véase, MONEREO PÉREZ, J.L., MOLINA NAVARRETE, C., MORENO VIDA, M^a.N., MALDONADO MOLINA, J.A., y GONZÁLEZ DE PATTO, R.M^a: *La protección jurídica de las situaciones de dependencia. Estudio sistemático de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de protección de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Comares, Granada, 2007, pág. 102.

³⁷ El Plan de Acción para las personas mayores 2003-2007 fue aprobado por el Consejo de Ministros de 29 de agosto de 2003.

³⁸ El II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007 fue aprobado por el Consejo de Ministros de 5 de diciembre de 2003 y, a posteriori, fue remplazado por el III Plan de Acción 2009-2012, aprobado por el Consejo de Ministros de 10 de julio de 2009.

³⁹ Todas las Comunidades Autónomas se han fundamentado en el artículo 148.1.20 de la Constitución española para establecer sus correspondientes sistemas jurídicos públicos de servicios sociales a pesar de que en dicho precepto se reconozca la competencia de las comunidades autónomas en materia de *asistencia social*, entendida como mecanismo protector de situaciones de necesidad específicas en las que se encuentran determinados sectores de la

(...)

Las Comunidades Autónomas han desempeñado, tanto con anterioridad como con posterioridad a la aprobación de la Ley de dependencia, un papel fundamental en protección de las personas dependientes⁴⁰. Hasta la aprobación de la Ley 39/2006, la tutela pública de la dependencia prácticamente había quedado en el ámbito de las Comunidades Autónomas que, en ejercicio de su competencia exclusiva en materia de Asistencia Social, fueron asumiendo a través de sus respectivos Estatutos de Autonomía la competencia de servicios sociales, con anclaje constitucional en el art. 148.1.20 CE. En cambio, con la promulgación de la Ley, la competencia exclusiva recae sobre el Estado (art. 149.1.1ª CE) para regular las condiciones básicas, sin perjuicio de la colaboración y participación de las Comunidades Autónomas como elemento fundamental para la gestión del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia⁴¹.

2.1. Estatutos de Autonomía

Los primeros Estatutos de Autonomía aprobados a finales de los años 70 se centraban en la concreción de las competencias que asumían dentro del marco constitucional y en la creación y definición de las instituciones autonómicas. No fue hasta las reformas de los Estatutos de Autonomía aprobados en el periodo 2006-2011, cuando empezaron a establecerse los derechos de los ciudadanos y ciudadanas de la comunidad y de las personas que se encuentran en su territorio.

Coincidiendo con esta franja periódica, y de forma más intensa tras la aprobación de la Ley de dependencia, los Estatutos de Autonomía que emprendieron reformas en su contenido, fueron incorporando referencias expresas a la protección de la autonomía y a la atención de la dependencia, así como a los servicios sociales, cuestión que no debe sorprender a sabiendas de que la gestación de las aludidas reformas coincidió con los debates sobre la propia Ley.

población más vulnerables. Aunque servicios sociales y asistencia social sean conceptos diferentes, (el primero dirigido a alcanzar el pleno desarrollo integral de la persona y de los grupos o comunidades en que ésta se integra y el segundo orientado a la satisfacción de las necesidades más básicas de las personas, aquellas relacionadas con la subsistencia y un modo de vida mínimamente digno), lo cierto es que en dicho precepto no se aprecia con claridad que el constituyente busque dicha diferenciación. Véase, ALEMÁN BRACHO, C., ALONSO SECO, J. M^a. y GARCÍA SERRANO, M.: *Servicios Sociales Públicos*, cit., págs. 39-43, «al no recogerse mención alguna al término “servicios sociales” en nuestra Carta Magna, es necesario servirnos del término “asistencia social” utilizado por los constituyentes para referirse a lo que ha evolucionado hasta convertirse en lo que hoy prefiere denominarse de forma generalizada “Servicios Sociales”».

⁴⁰ Junto a las competencias de las Comunidades Autónomas, existe una amplia red de servicios sociales dirigida por las Corporaciones Locales y entidades sin ánimo de lucro de iniciativa privada. La Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, dispone en su artículo 25.2 k) que el municipio ejercerá competencias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en materia de prestación de los servicios sociales. Del mismo modo, en su artículo 26.1.c) determina que, en todo caso, los municipios con población superior a 20.000 habitantes deberán prestar servicios sociales. Respecto a las diputaciones provinciales, el artículo 36 de dicha Ley les atribuye las competencias de coordinación y asistencia de los servicios municipales, entre los que se incluyen los sociales. Pero esta diversa convergencia de entes conlleva consecuencias negativas al suponer una gran desigualdad territorial en la provisión de estos servicios, produciéndose un solapamiento de actividades y baja optimización de recursos.

⁴¹ Vid. DURÁN BERNARDINO, M.: “La distribución constitucional y legal de competencias en el sistema de dependencia”, *Aranzadi Social*, N.º 8, 2013, págs. 206-235.

Entre las características compartidas por todos ellos destaca la distribución competencial y las referencias a los derechos de las personas en situación de dependencia, ya sea de forma explícita o haciendo referencia a las personas mayores o con discapacidad.

2.2. Leyes autonómicas de servicios sociales y legislación autonómica específica

Los Sistemas autonómicos de servicios sociales han contribuido decisivamente desde sus orígenes al desarrollo de las prestaciones dirigidas a las personas mayores, discapacitadas y dependientes⁴². Aunque en un principio, las llamadas Leyes de primera generación, no incluían de forma expresa la dependencia dentro de su ámbito de actuación (1982-1992), a comienzos de este siglo se empiezan a percibir diversas referencias a la protección de la dependencia en la nueva redacción que se le da a determinadas Leyes autonómicas de segunda generación (1993-2005), bien mediante Leyes genéricas de Servicios Sociales que prestan una especial atención a las situaciones de dependencia tales como la Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias, según la cual los servicios sociales especializados tienen, entre otras funciones, las de evaluar y diagnosticar las situaciones de dependencia, así como proporcionar apoyos para prevenir y corregir dichas situaciones (art. 13), o la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, en la que se incorpora la atención social a la dependencia (Título IV)⁴³; o a través de leyes específicas como la Ley 6/2001, de 20 de noviembre, de Protección a las Personas Dependientes, de Cantabria (derogada por la Ley 2/2007, de 27 de marzo de derechos y servicios sociales); o la Ley 5/2003, de 3 de abril, de Personas Mayores de Castilla y León⁴⁴, con una gran incidencia en la materia.

⁴² A diferencia de lo que ocurre en el sistema sanitario, los servicios sociales no disponen de una norma básica estatal que establezcan unas prestaciones mínimas, siendo las Comunidades Autónomas las que, en el ejercicio de sus competencias, han avanzado en este ámbito mediante leyes de servicios sociales o de acción social. Véase, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P.: "El Sistema de Servicios Sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia, op. cit., pág. 49.

⁴³ En su artículo 62 se define la dependencia como aquella situación en la que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria (art. 62). Sus prestaciones se enmarcan en el sistema de servicios sociales preexistente en la Comunidad Autónoma tales como la atención domiciliaria intensiva, la atención diurna, la atención residencial, la ayuda individual o familiar a través del cheque servicio, el apoyo a las familias y cuidadores informales y las ayudas instrumentales (art. 64). Prevé la elaboración de un Plan de Atención Social a la Dependencia en la Comunidad de Madrid con la finalidad de conseguir la atención adecuada en las situaciones de dependencia, que finalmente no es objeto de desarrollo reglamentario a la espera de la aprobación de la Ley de Dependencia. Igualmente contempla la libertad de elección del beneficiario o de sus representantes legales entre las prestaciones o recursos sociales que se hayan considerado idóneos para atender su situación (art. 66). Finalmente, dedica sus artículos 67 y 68 a los cuidadores informales y a medidas de apoyo a los cuidadores informales, tales como formación teórica y práctica, información sobre los recursos, derechos y ayudas, programas de respiro y facilidades para la conciliación de la vida familiar y laboral. Después de la aprobación de la Ley de Dependencia y con la finalidad de adaptar su contenido a lo establecido en la misma, esta Ley autonómica de servicios sociales debería rediseñar su contenido, al igual que la Ley 9/1987, de 29 de abril de servicios sociales de Canarias; la Ley 2/1988, de 4 de abril de Servicios Sociales de Andalucía; La Ley 5/1987, de 23 de abril de servicios sociales de Extremadura; la Ley 3/2003, de 10 de abril del Sistema de servicios sociales de Murcia (que no recoge mención alguna a la atención de la dependencia); la Ley 5/1995, de 25 de junio de servicios sociales de la Comunidad Valenciana; o la Ley 1/2003, de 24 de febrero de servicios sociales de Asturias.

⁴⁴ Esta Ley entiende por dependencia la situación en la que se encuentra una persona mayor que, por disminución o pérdida de autonomía física, psíquica o sensorial, precisa ayuda y/o asistencia importante para las actividades de la vida diaria y/o protección o supervisión de sus intereses (art. 42); recoge entre sus objetivos la atención integral y

(...)

Así, el Sistema de servicios sociales a través de sus numerosas prestaciones dirigidas a la protección de las personas en situación de dependencia, ha desarrollado una auténtica red de servicios centrada en: servicios de ayuda a domicilio para la adecuación e higiene del hogar del dependiente, la compra de preparación de alimentos, el auxilio en la higiene personal, o en la gestión cotidiana; la teleasistencia como instrumento de comunicación y ayuda constante entre el sujeto dependiente y el centro de atención; los centros de día o para estancias diurnas; residencias asistidas y centros de atención continuada; ayudas para el equipamiento o la adaptación de los hogares de las personas dependientes⁴⁵, dirigidos tanto a las personas en situación de dependencia como a sus cuidadores, ya que venían a sustituir los cuidados familiares tradicionales, propios del arraigado modelo mediterráneo de atención a la dependencia en España.

3. LA NECESARIA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIO. UN RETO POR ALCANZAR

Este análisis de las diferentes prestaciones sanitarias y sociales dirigidas a las personas en situación de dependencia finaliza abordando el aspecto central de este trabajo: la necesaria coordinación, integración y colaboración de los recursos sociales y sanitarios ante un escenario en el que el aumento de la demanda de cuidados profesionales del ámbito social y sanitario, fruto del acelerado proceso de envejecimiento, y la crisis financiera actual, exigen la adopción de un modelo de coordinación socio sanitaria que permita avanzar en una atención más eficaz, al mismo tiempo que se optimizan los recursos públicos destinados a la atención de las personas con enfermedades crónicas o en situación de dependencia⁴⁶. Se trata de uno de los aspectos que más preocupa a expertos y políticos, tanto nacionales como europeos⁴⁷, desde hace algunas décadas.

Sabiendo que las principales necesidades de este colectivo son de tipo socio sanitario y que en la mayoría de los casos son concurrentes en el tiempo al coincidir una ausencia de salud con una carencia social⁴⁸, resulta imprescindible para su atención integral centrar los

continuada a las personas mayores, especialmente a aquellas que se encuentren en situación de dependencia, procurando su bienestar físico, psíquico y social, a través de programas, recursos y servicios que se adapten a sus necesidades (art. 1.b). Aunque enmarcada en el ámbito del sistema autonómico de servicios sociales, también contempla la atención de las personas mayores dependientes a través de los servicios socio sanitarios (aunque de forma muy genérica) y establece como principio específico de actuación el reconocimiento y el respeto de su dignidad, individualidad y circunstancias personales y socio familiares, garantizándose el derecho a la intimidad y a la participación en las decisiones que les afecten (art. 43).

⁴⁵ MALDONADO MOLINA, J.A.: *El seguro de dependencia. Presente y proyecciones de futuro*, tirant lo Blanch, colección laboral, Valencia, 2003, págs. 49-56; BLASCO LAHOZ, J.J.: "La protección de la dependencia: un seguro social en construcción", *Aranzadi Social*, 2003, págs. 59-65; GONZÁLEZ ORTEGA, S.: "La protección social de las situaciones de dependencia", *Relaciones Laborales*, t. II, 2004, pág. 134.

⁴⁶ IMSERSO.: *Libro Blanco de la Coordinación Socio sanitaria en España*, op. cit., pág. 5.

⁴⁷ Puede consultarse un análisis crítico y de propuesta sobre la integración de los instrumentos sociales y sanitarios en relación a la tutela de los ancianos en Italia en ANFOSSI, L. e BAUSANO, F.: "L'Integrazione dei servizi sociali e sanitari nell'attuazione del progetto-obiettivo «tutela della salute degli anziani»", in *Anziani: bisogni, servizi e progetti*, Fz, Padova, 1994, pp. 117-142.

⁴⁸ ZABARTE, M^a. E.: "La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud", op. cit., pág. 55.

esfuerzos en la coordinación de dos mecanismos de provisión de cuidados⁴⁹: los servicios sanitarios, constituidos como servicios de corta estancia y orientados a curar los problemas de salud (intervención intensiva en utilización de profesionales médicos y en el uso de pruebas diagnósticas y terapéuticas; realizadas en centros de salud, ambulatorios y hospitales; y dirigidas a personas con problemas de salud en procesos agudos o no) y los servicios sociales, dirigidos a ofrecer cuidados de larga duración a las personas dependientes (intervención poco intensiva en pruebas diagnósticas y terapéuticas e intensiva en cuidados auxiliares de clínica y soporte social; encauzada a través de la ayuda a domicilio, la teleasistencia, los centros de día y los centros residenciales; y orientada a las personas dependientes)⁵⁰.

A través de la acción conjunta de dichos sistemas se podrá ofrecer una atención integral y no fragmentada a las personas que precisan simultáneamente estos recursos, al mismo tiempo que se optimizarán los costes⁵¹. Ante un contexto económico y demográfico como el actual, se exige una acción firme basada en la *coordinación*⁵². Por lo tanto, en la actualidad la prioridad central de ambos servicios ya no consiste en que la población viva durante más años, sino que su objetivo común y principal es que estos años se vivan con el menor número de limitaciones personales y con la mayor autonomía personal posible.

Para conseguirlo, es necesario reformular los sistemas de gestión, de financiación y la distribución de los recursos, pero sobre todo, es imprescindible, coordinar los servicios sanitarios y sociales⁵³. Solo así se podrá ofrecer una respuesta más eficaz y sostenible a las necesidades actuales de la población. De forma que a medio camino entre estos dos

⁴⁹ Esta imprescindible coordinación ha sido puesta de manifiesto en distintos convenios y planes dirigidos a conseguir la coordinación de sus actividades. Así se aprecia en el Convenio Socio-Sanitario INSALUD-INERSO de 1993 para la atención sociosanitaria de las personas mayores; en algunas normas autonómicas como la Orden de 29 de mayo de 1986 de Cataluña o la Ley 6/1999, de 7 de julio, de la Comunidad Autónoma de Andalucía, de atención y protección a las personas mayores; el Plan Concertado de prestaciones básicas de servicios sociales en las Corporaciones locales 1995-1996; o el Plan Gerontológico Estatal 1992-1997. GONZÁLEZ ORTEGA, S.: “La protección social de las situaciones de dependencia”, op. cit., pág. 134.

⁵⁰ Sin embargo, tradicionalmente no ha sido así, ya que las Administraciones implicadas no han venido respetando el principio de coordinación al que están constitucionalmente sujetas (art. 103.1 CE), de forma que en lugar de reforzar sus esfuerzos mediante la coordinación de sus actuaciones, han venido ofreciendo a las personas dependientes una atención fraccionada en función de la prevalencia de determinados elementos o componentes, como lo sanitario, lo social, lo económico, lo familiar, la edad, etc.

⁵¹ Como afirma el Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia, «No está justificado que se atienda en centros hospitalarios a personas con estas necesidades de apoyo (cronificadas o en procesos de larga estancia), al no ser adecuado en términos de políticas públicas modernas y al suponer unos costes seis veces superiores a lo que supondría la atención a través de otros dispositivos. La mejora en la atención de las personas en situación de dependencia supondrá un importante ahorro, cuantificado en varios cientos de millones de euros en el sistema sanitario», pág. 719. En el mismo sentido, CAYO PEREZ BUENO, L.: “La configuración de la autonomía personal y la necesidad de apoyos generalizados como nuevo derecho social”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N.º 60, 2006, pág. 45.

⁵² En este sentido, HERRERA MOLINA, E.: “Coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales; una senda definida como parte de la solución”, *Actas de la Dependencia, Fundación Caser para la dependencia*, N.º 01, 2012, pág. 60.

⁵³ En este sentido, BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: “La atención a la dependencia: régimen legal. Interacciones entre lo social y lo sanitario”, op. cit., pág. 26, afirma que el objeto es el de modernizar las estructuras, ordenar y actualizar los métodos y dotar un modelo de progresiva calidad. En definitiva se trata de adaptar las estructuras de atención a las necesidades de las personas y no el de obligar a las personas a adaptarse a las estructuras».

componentes, social y sanitario, debe articularse la respuesta a una demanda que crece exponencialmente⁵⁴.

Así, la coordinación sociosanitaria es entendida como el conjunto de acciones dirigidas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociales y sanitarias que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia y que no pueden ser solventadas mediante la aplicación de medidas exclusivamente sanitarias o sociales⁵⁵, siendo necesaria la coordinación de ambos sistemas para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos con estos problemas mediante la promoción de condiciones de vida saludables y la prestación de una asistencia integral⁵⁶.

Sin embargo, la coordinación e integración de estas vertientes reviste cierta complejidad, puesto que no es cuestión baladí ni la creación de una Red de Atención Sociosanitaria propia⁵⁷, ni la coordinación del ámbito sanitario (cuidados médicos y de enfermería) con el área social (cuidados personales), que son las dos alternativas posibles para proporcionar esta doble vía protectora⁵⁸. En dicha complejidad intervienen los siguientes elementos⁵⁹:

- Se trata de dos derechos de distinta naturaleza, ya que mientras el derecho a la protección de la salud está configurado como un auténtico derecho subjetivo, universal y gratuito, la prestación de servicios sociales, al margen de contadas excepciones, no se configura como un derecho subjetivo.

⁵⁴ JIMENEZ LARA, A. y HUETE GARCÍA, A.: "Las discapacidades en España: Datos estadísticos Aproximación desde la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999", *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 1999, pág. 129.

⁵⁵ No puede ser resuelto de forma aislada ya que ninguno de los dos ámbitos cuenta con los instrumentos necesarios para hacer frente a la situación actual. El Sistema sanitario, pese a que cada vez es más completo y eficaz para atender lo agudo, en cambio, precisa reorientarse para la atención a la enfermedad crónica. Por su parte, el Sistema social, aunque cuenta con una buena base procedimental y algunas de las herramientas necesarias para su intervención, no ha demostrado a lo largo de su historia un importante desarrollo en este entorno. Véase, IMSERSO.: *Libro Blanco de la Coordinación Socioanitaria en España*, op. cit., págs. 6 y 7.

⁵⁶ El sistema estatal de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia. El caso español y otros modelos de referencia, *Asociación para el cuidado de la calidad de vida*, 2009, pág. 30.

⁵⁷ La Red de Atención Sociosanitaria es formulada a la hora de plantear la reorganización de los sistemas sanitario y social, entendida como «el conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención sociosanitaria de las personas en situación de dependencia. Esta opción se basa en la creación de un tercer sistema en el que confluyan algunos recursos del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Servicios Sociales con nuevos servicios específicos para la atención sociosanitaria. Numerosos autores han mostrado su disconformidad con la necesidad de crear una tercera red asistencial puesto que su implantación generaría nuevas necesidades de coordinación, así como un cambio en los modelos de gestión y financiación. Véase, IMSERSO.: *Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, op. cit., pág. 514.

⁵⁸ Esta opción por la coordinación sociosanitaria es la más aceptada por autores y responsables de servicios sanitarios y sociales, a la que se suma esta investigación. En ella se parte de dos sistemas preexistentes y consolidados que deben actuar de forma conjunta y complementaria para dar una respuesta integral a determinadas necesidades que se presentan de forma simultánea. IMSERSO.: *Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, op. cit., pág. 514.

⁵⁹ Véanse VV.AA.: *Atención Sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*, Ararteko, País Vasco, 2008, págs. 40 y ss; BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: "La atención a la dependencia: régimen legal. Interacciones entre lo social y lo sanitario", op. cit., pág. 17.

- Con diferentes funciones y financiación, de forma que lo sanitario está perfectamente estructurado y determinado (catálogo de prestaciones sanitarias), y lo social adolece de estructuración y suficiente extensión; la financiación sanitaria es universal y gratuita y los servicios y prestaciones sociales generalmente están sometidos a copago (característica que se está extendiendo al ámbito sanitario tras la aprobación del RD-Ley 16/2012)⁶⁰.

- Presentan diferente organización. En lo competencial, la división vertical de la asistencia sanitaria se estructura entre el Estado (bases de la sanidad; coordinación general sanitaria; sanidad exterior; legislación sobre productos farmacéuticos) y las Comunidades Autónomas (desarrollo legislativo y gestión), descansando todo el sistema prestacional fundamentalmente en las Administraciones de las Comunidades Autónomas. Por el contrario, en materia de servicios sociales, la Constitución y los Estatutos de Autonomía no han reservado al Estado ninguna competencia. La legislación corresponde a las Comunidades Autónomas y la prestación de los servicios sociales se reparte entre las Administraciones autonómicas y las Administraciones municipales, otorgándole a éstas un destacado protagonismo. A ello hay que añadir las divisiones o fragmentaciones funcionales horizontales dentro de las mismas materias sanidad y servicios sociales.

- Las competencias y conocimientos exigidos a los profesionales del ámbito sanitario y de servicios sociales no coinciden, lo que es una muestra más de la inexistencia de un espacio sociosanitario.

- Inexistencia de dotaciones presupuestarias específicas para la coordinación e integración sociosanitaria.

Pese a la citada complejidad para diseñar un espacio sociosanitario, no han cesado los esfuerzos por parte de los diferentes órganos y administraciones implicados en alcanzar la tan necesaria coordinación. La relevancia de la atención social y sanitaria, así como su imprescindible coordinación se empezó a poner de manifiesto a partir de la firma del Acuerdo Marco entre el Ministerio de Asuntos Sociales y el Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de coordinación sociosanitaria (1993), en numerosos documentos, iniciativas y planificaciones internacionales⁶¹ y nacionales (estatales y autonómicas) sobre

⁶⁰ VILÀ A.: "Estructuras institucionales de la protección social de la dependencia en España" en VV.AA., CASADO, D. (Dir.), *Respuestas a la dependencia*, CCS, Madrid, 2004, pág. 149, afirma que estas diferencias estriban fundamentalmente en que el sistema sanitario ha tenido un largo recorrido de conformación y tradición histórica, llegando a la democracia como un sistema ampliamente consolidado y dotado de muchos recursos. En cambio, los servicios sociales, son mucho más recientes y con unos antecedentes anclados en una antigua concepción benéfica y asistencialista. En el mismo sentido, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P.: "El Sistema de Servicios Sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia, op. cit., pág.70, sostiene que el origen de estas diferencias estriba en el traspaso de competencias de ambos sistemas ya que mientras en el Sistema Nacional de Salud el traspaso de competencias se produjo cuando el sistema estaba ampliamente consolidado, estructurado y suficientemente extendido; en los servicios sociales se llevó a cabo cuando no se tenía clara ni siquiera su conceptualización y sin prever el imparable desarrollo que tendrían con posterioridad, sobre todo derivado de las demandas de un colectivo, los dependientes.

⁶¹ En IMSERSO: *Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, op. cit., pág. 511, se destacan los siguientes: el Consejo de Ministros de la Unión Europea (1993), donde se pone de manifiesto la conveniencia de «promover una coordinación de los diferentes servicios sanitarios y sociales» y la «necesidad de estimular prestaciones cualificadas y diferenciadas, con el fin de responder a las nuevas demandas»; la (...)

atención sociosanitaria⁶², a través de los cuales se consiguió un importante avance en los recursos sociosanitarios. Sin embargo, a pesar de la puesta en marcha de numerosas medidas, los resultados todavía están lejos de un modelo sólido y consolidado que permita y garantice la continuidad en los cuidados a las personas dependientes, su atención integral y una adecuada utilización de los recursos. Como se ha indicado, la complejidad reside en que el cambio de modelo afecta directamente a elementos estructurales y de culturas profesionales muy consolidadas.

Tras tantos esfuerzos sin conseguir los resultados esperados, la confianza de los diferentes actores sociales se depositó en la aprobación de la Ley 39/2006, a la que demandaron insistentemente durante todo el periodo de su gestación, la regulación de la tan reclamada coordinación sociosanitaria⁶³. En su redacción se hace mención al ámbito social, al sanitario y a la coordinación de ambos en diferentes preceptos:

Recomendación N.º R (98) 11. Del Comité de Ministros a los Estados miembros de la Unión Europea sobre la organización de la atención sanitaria para los enfermos crónicos. Septiembre de 1998; la Recomendación N.º R (98)9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia; el Informe de la Royal Commission on Long Term Care. Reino Unido 1998; la Sexta Conferencia de los Ministros Europeos de Sanidad. El envejecimiento en el siglo XXI: necesidad de un enfoque equilibrado para un envejecimiento con buena salud. Atenas, abril 1999; Mantener la prosperidad en una sociedad que envejece. Recomendaciones de la OCDE para España. Junio 2001; OCDE. A disease based comparison of Health Systems (2003); OMS. Salud y Envejecimiento: un marco político (2002); OMS. Key Policy Issues in Long-Term care (2003); y las diferentes Leyes de protección a la dependencia aprobadas en Alemania (1995), Luxemburgo (1998), Austria (1993) y Francia (1997, revisión 2001, 2002 y 2004). Para una visión más amplia, *Vid.*, JIMÉNEZ LARA, A.: *El sector de la salud y la atención a la dependencia*. Documento de trabajo 111/2007, Fundación alternativas, Madrid, 2007, págs. 27-31.

⁶² Así, cabe hacer mención en el ámbito estatal al Plan Gerontológico Nacional (1993), en el que se establecen las primeras bases de coordinación sociosanitaria; el Acuerdo Marco para la coordinación sociosanitaria entre los Ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad en 1993. Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1994; Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1996; el Acuerdo parlamentario de 18 de diciembre de 1997 sobre Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, en el que su apartado n.º 3 se dedica a «Instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria»; Informe de la Ponencia especial, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales del Senado, para el estudio de la problemática del envejecimiento de la población española (diciembre de 1999); Informe del Defensor del Pueblo sobre «La Atención Sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros aspectos conexos». Recomendaciones del Defensor del Pueblo a las Administraciones públicas implicadas e informes de la SEGG y de la AMG (2000); Convenio Marco de Colaboración sobre Atención Sociosanitaria, Salud y Consumo a las Personas con Discapacidad entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Comité Español de Representantes de Minusválidos. Marzo 2001; Bases para un modelo de atención sanitaria. Documento para el debate. Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001; Plan de Acción para las personas mayores, 2003-2007. Acuerdo Consejo de Ministros 29-8-2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO; II Plan de Acción para las personas con discapacidad, 2003-2007. Acuerdo Consejo de Ministros 5-12-2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO; I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012. Acuerdo Consejo de Ministros 25-7-2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO; Ley 63/2003 de cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en cuyo artículo 14 se define por primera vez la prestación sociosanitaria en la normativa sanitaria. Del mismo modo, las Comunidades Autónomas han ejercido un papel preponderante, siendo las primeras normas que incorporan la prestación coordinada de tales servicios de carácter autonómico, a través de planes de actuación que se iniciaron en Cataluña con el programa “vida als anys” (Orden de 29 de mayo de 1986), que progresivamente se extendieron a otras Comunidades. Véase un sistemático análisis en *Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de dependencia en España*, op. cit., págs. 506-513; JIMÉNEZ LARA, A.: *El sector de la salud y la atención a la dependencia*. Documento de trabajo 111/2007, Fundación alternativas, Madrid, 2007, págs. 22-27.

⁶³ JIMÉNEZ LARA, A.: *El sector de la salud y la atención a la dependencia*. Documento de trabajo 111/2007, cit., pág. 36.

- Entre los principios establecidos en la Ley se encuentra el de la colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la propia norma y en la normativa de las CC.AA y Entidades Locales (art. 3.1);
- Se indica, como competencia de las Comunidades Autónomas el establecimiento de «los procedimientos de coordinación sociosanitaria creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención». (art. 11.c);
- Establece que los catálogos de servicios establecidos en la Ley de dependencia se establecen sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, relativo a las prestaciones sociosanitarias de cuidado sanitarios de larga duración, atención sanitaria a la convalecencia y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable (art. 15); se indica la necesaria coordinación entre los servicios sociales y de salud coordinándose para prevenir la aparición de dependencias y promover condiciones de vida saludables (art. 21);
- Del mismo modo, advierte que las diferentes administraciones públicas en materia educativa, sanitaria, laboral y de asuntos sociales, han de colaborar para garantizar la calidad del sistema (art. 36).

Sin embargo, a pesar de estas referencias, la Ley de Dependencia no dio la respuesta que de ella se esperaba en ese sentido, pudiendo decir, que en el tan ansiado texto legislativo existen importantes lagunas, especialmente en lo relativo a la vertiente sanitaria, al contenido de las prestaciones sociosanitarias y a la ausencia de medidas para la coordinación de la atención social con la sanitaria. Respecto al ámbito sanitario de la atención a la dependencia la Ley obvia su contenido; en cuanto a las prestaciones sociosanitarias se remite a las reguladas en el artículo 14 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, a sabiendas de que ésta última se limita a hacer una definición teórica de la prestación sociosanitaria⁶⁴, y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, no concreta el contenido de la Cartera de Servicios de atención sociosanitaria, posponiéndola al desarrollo de otro reglamento⁶⁵. Por lo tanto, pese a las menciones realizadas en la Ley de dependencia a sus dos vertientes principales (social y sanitaria), existe un importante desligamiento entre ambos aspectos en lo que a atención de la dependencia se refiere, ya que no contempla ni

⁶⁴ Pese a su limitación, debe reconocerse expresamente la importancia de dicho precepto, ya que la regulación de las prestaciones sociosanitarias en un sistema que, como el sanitario, se encuentra ampliamente consolidado desde el punto de vista político, jurídico y financiero, supone una garantía a todos los efectos a la que debemos renunciar hasta que, al menos, no se configure simétricamente la alternativa pretendida. En este sentido, véase, ZABARTE, M^a. E.: “La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud”, op. cit., pág. 58 y 59.

⁶⁵ No obstante, como bien advierte BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: “La atención a la dependencia: régimen legal. Interacciones entre lo social y lo sanitario”, op. cit., pág. 6, la aprobación de la Ley de dependencia debe suponer, en lugar del origen de un nuevo Sistema de protección social, la configuración de un medio de perfeccionamiento y complementación de los actuales servicios sociales y sanitarios con la intención de favorecer una atención más completa a las personas en situación de dependencia.

aborda la regulación de estos dos importantes aspectos, y, por su parte, la legislación sanitaria, tampoco los regula de forma adecuada⁶⁶.

En el año 2011 se produce un paso decisivo en esta materia. Cumpliendo con el mandato de la I Conferencia Interterritorial de consejeros de Sanidad y de Política Social, celebrada en febrero del año 2010, se publica en diciembre de 2011 el *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*⁶⁷, reflejándose así el compromiso del Gobierno de apostar por un sistema capaz de dar respuesta a las múltiples y complejas demandas de quienes necesitan atención social y sanitaria, a través de la coordinación de actuaciones que permitan la racionalización del gasto, optimización, eficiencia de los recursos disponibles y el aprovechamiento de las economías de escala.

Se trata de un documento de reflexión y análisis estructurado en dos partes rubricadas del siguiente modo: «Estudio de Situación de la Coordinación Sociosanitaria en España» y «Reflexiones en torno a la coordinación sociosanitaria. Medidas para su promoción».

En la primera de ellas se llevan a cabo los siguientes cometidos:

Se analiza la coordinación social y sanitaria tanto en nuestro país como a nivel internacional, con la intención de que sirva de base a responsables políticos y técnicos para que dispongan los elementos concretos y necesarios con los que avanzar en la articulación de la misma en sus respectivos ámbitos territoriales, garantizar el principio de continuidad en la asistencia y asegurar la prestación eficiente de servicios adaptados a las necesidades que presentan los pacientes crónicos y dependientes en nuestro país. El análisis de las experiencias desarrolladas en otros países permite la identificación de un conjunto de elementos que favorecen la coordinación y que por tanto deberán ser tenidos en cuenta para el desarrollo y consolidación de nuestro propio sistema de coordinación⁶⁸. Del estudio de las experiencias desarrolladas hasta la actualidad en el territorio nacional, se desprende una visión muy positiva, al reflejar una gran diversidad de iniciativas y experiencias promovidas a nivel estatal y autonómico en el ámbito de la coordinación sociosanitaria. Estos esfuerzos han permitido la configuración de un importante punto de partida para comenzar a consolidar un modelo de coordinación que garantice la continuidad y la calidad en los cuidados a las personas dependientes. No obstante, como advierte el Libro de Coordinación Sociosanitaria, para ello será preciso avanzar en el establecimiento de estrategias de coordinación, tales como⁶⁹:

- Compartir un modelo conjunto de atención para lo que será necesario la redefinición de conceptos básicos.
- Avanzar en fórmulas que permitan una mayor coincidencia de las demarcaciones geográficas entre los sistemas sanitarios y sociales.

⁶⁶ BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: “La atención a la dependencia: régimen legal. Interacciones entre lo social y lo sanitario”, op. cit., pág. 14.

⁶⁷ IMSERSO.: *Libro Blanco de la Coordinación Socioanitaria en España*, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, 15 de diciembre de 2011.

⁶⁸ Véase un detallado análisis en IMSERSO.: *Libro Blanco de la Coordinación Socioanitaria en España*, op. cit., págs. 36-62.

⁶⁹ IMSERSO.: *Libro Blanco de la Coordinación Socioanitaria en España*, op. cit., págs. 118 y 119.

- Potenciar las estructuras de coordinación compartida en los niveles asistenciales, de gestión y dirección.
- Definir procesos claros y homogéneos de atención intersectoriales que coordinen tanto la planificación de las estructuras necesarias del sector sanitario y social, como el desarrollo coordinado de su funcionamiento de manera complementaria, dentro de unos parámetros homogéneos de calidad, equidad y accesibilidad. Los servicios y la atención deben ajustarse a las necesidades concretas de cada usuario.
- Priorizar el desarrollo de programas que contribuyan al mantenimiento de la salud y potencien la promoción de la autonomía personal como medida de prevención de la enfermedad y dependencia.
- Desarrollar planes formativos regulados y heterogéneos que incidan en el trabajo en equipo y en estrategias de coordinación sociosanitaria.
- Formular nuevas herramientas de financiación que garanticen su sostenibilidad a largo plazo y permita la creación de infraestructuras y la inversión en capital humano necesario para una correcta coordinación de los sistemas.
- Dirigir su inversión hacia la innovación y el uso de las TIC como elemento de soporte que doten al sistema de eficiencia y sostenibilidad.
- Finalmente, se advierte que dichos objetivos no se alcanzarán sin la participación conjunta de todas las administraciones implicadas.

En la segunda parte «Reflexiones en torno a la coordinación sociosanitaria. Medidas para su promoción» se describen las experiencias que se están llevando a cabo con éxito en las distintas comunidades autónomas y que pueden servir como modelo para su extensión, y se facilita un bloque formado por sesenta y tres medidas dirigidas a facilitar su implementación⁷⁰.

Con todo ello, el Libro Blanco sienta las bases para la construcción de un modelo y se constituye como un elemento básico para implementar la estrategia y unificar conceptos y criterios entre los responsables políticos y los distintos profesionales.

Más reciente ha sido la creación de un Consejo Asesor de Sanidad⁷¹, que tiene entre sus principales propósitos la coordinación sociosanitaria, motivo por el cual crea un grupo de trabajo sobre atención sociosanitaria. Reflejo de su actividad, en abril de 2013 presentó un informe sobre atención y coordinación sociosanitaria en el que plantea cerca de 50 propuestas para alcanzar la coordinación sociosanitaria. Entre ellas destacan:

⁷⁰ Véase, IMSERSO.: *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*, op. cit., págs. 281-322.

⁷¹ Creado en octubre de 2012 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se trata de un órgano consultivo de alta especialización, que se encarga de realizar informes y elaborar propuestas al servicio de la Sanidad española, ya sea por solicitud de la ministra o por iniciativa propia. Está compuesto por 35 expertos del ámbito sanitario (médicos, científicos, enfermeros, economistas, etc.), de reconocido prestigio, que colaboran en la toma de decisiones aportando datos y recomendaciones (gracias a sus estudios e investigaciones) desde las perspectivas científica, ética, económica y social. Entre sus ámbitos principales de trabajo se encuentra la atención sociosanitaria.

- a) La atención sociosanitaria debe referirse preferentemente a enfermedades de larga duración y, en particular, a enfermedades crónicas, convalecencias, recuperación funcional, cuidados paliativos, atención subaguda y postaguda.
- b) Reorganización del conjunto de niveles asistenciales, teniendo en cuenta los diferentes perfiles de los pacientes y su edad, grado de autonomía personal, etc.
- c) Promover una mayor capacidad resolutive a nivel sanitario en los centros residenciales para mayores, a través de unidades sociosanitarias de referencia.
- d) Definir los perfiles de los cuidadores profesionales, su formación y acreditación para favorecer la calidad asistencial.
- e) De igual manera, es prioritario la formación de los cuidadores informales.
- f) Garantizar una adecuada gestión de la prestación farmacéutica en el ámbito sociosanitario.
- g) Promover un modelo de financiación suficiente e impulsar una gestión económico-administrativa transparente.
- h) Promover la regulación del seguro complementario de dependencia, de carácter voluntario. Su contenido y modalidades, así como sus incentivos fiscales serán objeto de la correspondiente normativa, considerándose conveniente la posibilidad de desgravaciones por otros gastos sociosanitarios.

4. REFLEXIÓN FINAL: BUENAS PRÁCTICAS Y AMENAZAS DETECTADAS

A diferencia del resto de Sistemas de Protección Social, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia tiene carácter interdisciplinar, lo que significa que a través del mismo se pretende atender dos tipos de necesidades: sociales y sanitarias.

El aumento de la demanda de cuidados profesionales del ámbito social y sanitario, fruto del acelerado proceso de envejecimiento, y la crisis financiera actual, exigen la adopción de un modelo de coordinación sociosanitaria que permita ofrecer una atención integral y no fragmentada, al mismo tiempo que se optimizan los recursos públicos destinados a la atención de las personas con enfermedades crónicas o en situación de dependencia.

En los últimos años no han cesado los esfuerzos por parte de diferentes órganos y administraciones implicados en alcanzar la tan necesaria coordinación, sin embargo, los resultados todavía están lejos de un modelo sólido y consolidado que permita y garantice la continuidad en los cuidados a las personas dependientes, su atención integral y una adecuada utilización de los recursos, debido a la gran complejidad que reviste la coordinación del ámbito sanitario con el área social.

Con la publicación del Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España (2011), se da un paso decisivo en esta materia, sentándose las bases para la construcción de un modelo sociosanitario. Igualmente, la creación del Consejo Asesor de Sanidad (2012) y del grupo de trabajo sobre atención sociosanitaria (2013), continúan en la línea de progreso y evolución deseado.

No obstante, la concienciación de las administraciones y las buenas acciones emprendidas por los profesionales no son suficientes, es preciso una norma bien articulada en todo el territorio español, que garantice la tan necesaria coordinación sociosanitaria. Existe el temor latente de que el actual proceso de crisis financiera en el que se ve inmerso el sistema pueda suponer una amenaza para las políticas emprendidas. El hecho de que ante el contexto financiero y social actual se exija la remodelación del sistema y la adopción de cambios está conllevando, en lugar de una mejora y garantía en la estabilidad del ámbito social y sanitario, la reducción de costes y la supresión de proyectos, pudiendo acabar con todos los esfuerzos emprendidos hasta el momento⁷² al convertirse en una amenaza para las políticas emprendidas.

⁷² Pero como sostiene HERRERA MOLINA, E.: “Coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales; una senda definida como parte de la solución”, op. cit., págs. 57 y 59, esta percepción del desarrollo de políticas sociosanitarias desde la óptica del gasto en lugar de la inversión hace que partamos de un grave error de conceptos porque «el crédito debe venir para invertir en desarrollo y no para perpetuar las conocidas ineficiencias».

