

El sector de la salud y la atención a la dependencia

Antonio Jiménez Lara

Documento de trabajo 111/2007



Antonio Jiménez Lara

Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología (sección de Sociología) en las especialidades de Sociología General y Antropología Social, y licenciado en Ciencias de la Información (rama de Periodismo). Fue jefe del Servicio de Estadística y Estudios Socioeconómicos y coordinador de Programas de Cooperación con Iberoamérica en el Instituto Nacional de Servicios Sociales, y director del Gabinete del Secretario General del Consejo Económico y Social. Actualmente se dedica a la consultoría social, colaborando, entre otras instituciones, con el Real Patronato sobre Discapacidad, la Fundación ONCE, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso), la Federación Española de Instituciones de Síndrome de Down (FEISD) y el Instituto de Integración en la Comunidad de la Universidad de Salamanca. Ha participado en la elaboración del Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Imserso, 2005).

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Antonio Jiménez Lara

ISBN: 978-84-96653-59-7

Depósito Legal: M-25382-2007

Contenido

Resumen ejecutivo	5
Introducción	7
1. Las interrelaciones entre salud y dependencia en un contexto de envejecimiento demográfico	9
2. Las respuestas desde el sector de la salud a las necesidades de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia	11
2.1 Necesidades de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia en España y su distribución territorial	11
2.2 Respuestas desde el sector de la salud	14
3. La coordinación de los servicios sanitarios y sociales, una necesidad ineludible	19
3.1 Iniciativas de coordinación sociosanitaria en España	20
3.2 Iniciativas de coordinación sanitaria en otros países	27
4. La diversidad de enfoques en el desarrollo de la atención sociosanitaria y la búsqueda de un modelo común	32
4.1 El enfoque de integración	32
4.2 El enfoque de coordinación sociosanitaria	33
4.3 El enfoque de coordinación intrasectorial	34
4.4 La búsqueda de un modelo común	34
5. El nuevo marco legal de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: oportunidades y desafíos	36
6. Propuestas para las contribuciones desde el sector de la salud a la promoción de la autonomía personal y la atención de las personas en situación de dependencia	42
6.1 Prevención, detección precoz, atención temprana y rehabilitación	42
6.2 La construcción del espacio sociosanitario	44
Índice de Tablas	49
Bibliografía	50

El sector de la salud y la atención a la dependencia

Antonio Jiménez Lara
Sociólogo

Las evidencias empíricas muestran que existe una clarísima interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia, y que las mejoras en los niveles generales de salud y en las acciones preventivas terminan traducándose en una disminución de la prevalencia de la discapacidad. En los casos en que la dependencia ya está establecida, el cuidado de la salud es esencial para lograr una adecuada adaptación de la persona a su nueva situación y mejorar su calidad de vida.

Históricamente, la sanidad y los servicios sociales han vivido separados en su quehacer asistencial, lo que ha afectado negativamente a las personas con dependencia, que necesitan servicios sanitarios y sociales de forma conjunta y simultánea.

Tras analizar las respuestas que actualmente se están dando desde el sector de la salud a las necesidades de las personas en situación de dependencia, en este trabajo se revisan las diversas iniciativas de coordinación sociosanitaria que se han llevado a cabo en España y las experiencias de países de nuestro entorno.

El análisis de estas experiencias muestra que las formas de enfrentar el problema de la falta de coordinación entre el sistema social y el sanitario son múltiples, y permite distinguir enfoques y modelos diferentes en el desarrollo de la atención sociosanitaria: el enfoque de integración, el de coordinación sociosanitaria y el de coordinación intrasectorial.

A pesar de que el tema de la construcción del espacio sociosanitario se ha concretado en múltiples iniciativas, estamos todavía lejos de haber logrado instaurar una atención sociosanitaria satisfactoria, que garantice de forma efectiva y generalizada la continuidad de los cuidados.

La aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, supone un importante cambio en el contexto de la atención sociosanitaria, al establecer un nuevo derecho universal de ciuda-

danía que asegura la protección ante las situaciones de dependencia, que reducirá la tradicional asimetría y desequilibrio existente entre los servicios sociales y el sistema sanitario en lo referente a generación de derechos y disponibilidad de recursos.

- La Ley centra sus objetivos en la constitución del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y establece un catálogo de servicios de fuerte perfil social, pero no define el papel que deberá jugar el Sistema Nacional de Salud en la atención de la dependencia. Por ello, y habida cuenta de que la Cartera de servicios básicos y comunes del Sistema Nacional de Salud, recientemente aprobada, no ha incluido la atención sociosanitaria, en este trabajo se recomienda abordar de forma urgente su desarrollo. También se recomienda la implicación de las autoridades sanitarias en la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia que habrán de elaborar las comunidades autónomas, y en la fijación de los criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que, en relación con esos planes de prevención, ha de acordar el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Asimismo, el sector de la salud debe jugar un papel esencial en la elaboración y ejecución del plan integral de atención para los menores de tres años en situación de dependencia, que también corresponde promover al Consejo Territorial.
- Dado que el conocimiento de la incidencia de los diferentes factores etiológicos de las situaciones de dependencia es esencial para una adecuada formulación de las políticas de prevención y para la idónea asignación de los recursos, se recomienda al sector de la salud que incorpore como prioridad la investigación epidemiológica de las situaciones de dependencia.
- Se recomienda incrementar los esfuerzos dirigidos a constituir un espacio sociosanitario que garantice la continuidad de los cuidados que necesitan las personas dependientes, basado en un esquema de gestión de casos, con el objetivo de transformar el actual modelo de competencias fragmentadas en un modelo de responsabilidad compartida, centrado en las necesidades del usuario.
- La constitución de ese espacio sociosanitario debería configurarse en torno a un modelo de atención global, integral, multidisciplinar, equitativo en el desarrollo territorial de los recursos, y accesible a todos los ciudadanos de acuerdo a su nivel de dependencia.
- La creación de órganos, estructuras e instrumentos de coordinación ha de contar con el suficiente respaldo normativo. También sería necesario establecer una sectorización, a nivel autonómico, en áreas sociosanitarias, haciendo coincidir los mapas sociales y sanitarios, y desarrollar mecanismos de coordinación en los niveles de área, sector y zona básica.

Introducción

La demanda de cuidados para personas dependientes se ha venido incrementando de forma notable en los últimos años, y va a seguir aumentando a un fuerte ritmo durante las próximas décadas, como consecuencia de la combinación de factores de carácter demográfico, médico y social, entre los que podemos citar el envejecimiento de la población, las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes graves, y el creciente número de personas que sobreviven a graves accidentes laborales y de tráfico, pero quedan afectadas por graves secuelas discapacitantes.

Ese crecimiento de las demandas coincide en el tiempo con la crisis de los sistemas de apoyo informal que tradicionalmente han venido dando respuesta a las necesidades de cuidados, que está motivada, fundamentalmente, por los cambios en el modelo de familia y la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral. Todo ello ha hecho que la dependencia se convierta en el mayor reto de la política social en nuestros días.

Paralelamente a ese incremento de la demanda social en relación con la dependencia, se han ido multiplicando los estudios empíricos sobre la situación y características de las personas dependientes. A continuación se resumen algunos de los principales hallazgos de esos estudios.

La evidencia empírica disponible muestra que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de personas con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme se consideran grupos de población de mayor edad. Ese aumento en las tasas de prevalencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en que dicho aumento se acelera notablemente.

No obstante lo anterior, los estudios han confirmado que la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población, de manera que el fenómeno de la dependencia no se puede circunscribir al colectivo de las personas mayores, aun cuando sean éstas las que con más intensidad se ven afectadas. De hecho, la dependencia puede aparecer en cualquier momento de la vida. Puede estar presente desde el nacimiento, desencadenarse a consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda en la infancia, la juventud o la vida adulta o, más frecuentemente, ir apareciendo a medida que las personas envejecen, como consecuencia de enfermedades crónicas (enfermedad de Alzheimer, artritis, osteoporosis, etc.) o como reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas, atribuible al proceso global de envejecimiento.

La senectud no se traduce inexorablemente en dependencia. Hay una importante proporción de personas de edad muy avanzada que no son dependientes. Existen variables de tipo social y ambiental (además de los factores genéticos), que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia, en las que los individuos difieren entre sí. Esto quiere decir que es posible prevenir la dependencia promoviendo hábitos de vida saludables, mejorando la eficacia de los sistemas de atención de la salud, asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas y garantizando la adecuada continuidad de los cuidados.

El fenómeno de la dependencia no es nuevo. Se ha dado en todos los tiempos y en todas las sociedades, aunque nunca ha tenido una importancia social comparable a la que ha alcanzado en los últimos años. El proceso acelerado de envejecimiento de nuestra población está dando una dimensión nueva al problema, tanto cuantitativa como cualitativa, al coincidir con cambios profundos en la estructura social de la familia y de la población cuidadora.

Aunque la necesidad de asistencia y/o cuidados derivada de las situaciones de dependencia ha existido siempre, en los últimos años ha cambiado de forma sustancial su dimensión (debido sobre todo al crecimiento del número y de la proporción de personas mayores), su importancia social (ha dejado de verse como un problema exclusivamente individual o familiar, para pasar a percibirse como un problema que afecta a la sociedad en su conjunto) y su naturaleza (en tanto que supone una redefinición de los objetivos y funciones del Estado de Bienestar e implica nuevos compromisos de protección y financiación). Todo ello abre un nuevo campo de intervención social que pone a prueba la capacidad de la sociedad y de sus instituciones para adaptarse a las nuevas realidades de fragilidad social.

El incremento de las situaciones de dependencia ha generado una mayor necesidad de atención sociosanitaria, con un alto componente de cuidados y un menor componente de medicina estrictamente curativa. Se han desarrollado nuevas técnicas de intervención para la atención de enfermedades crónicas, como la hospitalización a domicilio o el hospital de día, y nuevas técnicas de abordaje comunitario dirigidas a prevenir los hábitos de vida perjudiciales para la salud, que suelen tener una mayor incidencia en los grupos de población de menor renta y nivel educativo. Todo ello ha dado lugar a la aparición de un nuevo ámbito de atención, situado en la intersección entre los servicios sociales, la atención sanitaria comunitaria y la atención hospitalaria, que se conoce como atención sociosanitaria. Debido a que esta modalidad de atención, que se centra principalmente en personas dependientes o con enfermedades crónicas, suele implicar la prestación de atención continuada a lo largo del tiempo, el término cuidados de larga duración (*long-term care*) se viene utilizando también, sobre todo en el ámbito anglosajón, como equivalente al de atención sociosanitaria.

1. Las interrelaciones entre salud y dependencia en un contexto de envejecimiento demográfico

El envejecimiento de la población incrementa el número absoluto de personas dependientes, pero no está claro que una mayor longevidad de la población se traduzca necesariamente en un aumento de la cantidad de años que las personas viven en situación de discapacidad, ni existen evidencias empíricas concluyentes que permitan establecer una previsión sobre la dirección que seguirá en el futuro la evolución de la prevalencia de la dependencia por grupos de edad (definida como la proporción de personas con dependencia respecto al total de personas de la misma edad).

A principios de los años ochenta se propusieron varias teorías que pretendían modelizar el comportamiento de la prevalencia de las discapacidades en una situación de crecimiento de la longevidad. Una de ellas, denominada teoría de la pandemia o de la expansión de la morbilidad, fue formulada por Gruenber (1977) y Kramer (1980), y mantiene que, aunque los avances médicos permiten que más personas mayores sobrevivan a la enfermedad, incrementando así la esperanza de vida, esta mayor longevidad se traduce en un empeoramiento del estado de salud medio de la población anciana. El descenso de la mortalidad estaría provocando una pandemia, porque el retraso de la muerte incrementa la proporción de quienes padecen problemas crónicos, degenerativos o incapacitantes, y favorece la aparición de cuadros múltiples y más severos, antes muy infrecuentes.

La teoría de la compresión de la morbilidad, contrapuesta a la anterior, fue formulada por Fries (1980), y según ella los avances médicos y los estilos de vida más saludables no sólo están reduciendo las tasas de mortalidad, sino que también hacen que las enfermedades crónicas y las incapacidades funcionales se produzcan durante periodos cada vez más cortos y cercanos a la muerte. Una tercera teoría, la del equilibrio dinámico, desarrollada por Manton (1982), sostiene que la reducción de la mortalidad se debe, en parte, a la reducción del ritmo de progresión de enfermedades crónicas, de manera que, aunque una disminución de la mortalidad puede conducir a un aumento de la prevalencia de discapacidades, éstas son menos graves.

Como se ha indicado anteriormente, las evidencias empíricas no son del todo concluyentes, aunque parecen avalar la teoría de la compresión de la morbilidad. Una investigación realizada por Cutler (2001) en los Estados Unidos ha llegado a la conclusión de que en

las dos últimas décadas se ha producido un descenso sostenido en el porcentaje de personas mayores con problemas de autonomía personal, que puede cifrarse en torno a un uno por ciento anual. Los trabajos de Manton y Gu (2001) apuntan en la misma dirección: en el período 1989-1999 el porcentaje de personas mayores dependientes en los Estados Unidos se redujo en 6,5 puntos porcentuales (del 26,2% al 19,7%).

Lo que es cierto es que existe una clara interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia, y que las mejoras en los niveles generales de salud y en las acciones preventivas terminan traducándose en una disminución de la prevalencia de la discapacidad por edad. En concreto, se tiene constancia de la eficacia de las intervenciones sanitarias en edades medianas de la vida para prevenir la aparición de la dependencia en las edades más avanzadas, y se ha demostrado, asimismo, que la mejora de los hábitos de vida de la población contribuye significativamente a mejorar la esperanza de vida libre de dependencia.

Las intervenciones sanitarias juegan, pues, un importante papel a la hora de evitar o atrasar la aparición de la dependencia. Por otra parte, en los casos en que la dependencia ya está establecida, el cuidado de la salud es esencial para lograr una adecuada adaptación de la persona a su nueva situación y mejorar su calidad de vida. De hecho, la más que frecuente coexistencia de enfermedades activas complica la situación, hasta el punto que los casos que plantean mayores necesidades asistenciales son aquéllos en las que la situación de dependencia funcional coincide con la pluripatología y la inestabilidad clínica.

De cara al futuro hay que seguir aplicando políticas de prevención que se han demostrado beneficiosas, como la educación para la salud, la promoción de hábitos de vida saludables, las inmunizaciones, los cribados de neoplasia, el control de la hipertensión y de otros factores de riesgo cardiovascular, etc., y habrá que potenciar intervenciones preventivas de las enfermedades degenerativas asociadas al envejecimiento, como el Alzheimer, la artrosis y la osteoporosis, de las enfermedades de los órganos de los sentidos y de las enfermedades mentales, que repercuten en la calidad de vida y son responsables de una gran parte de la morbilidad e incapacidad de las personas mayores.

La atención primaria y los programas de atención domiciliaria deben incorporar aspectos preventivos para evitar la reagudización de enfermedades crónicas, las reacciones adversas a medicamentos, las secuelas de la inmovilidad y la sobrecarga de los cuidadores. Asimismo, es necesario realizar intervenciones preventivas para evitar las complicaciones asociadas al ingreso hospitalario de personas mayores, que implica el riesgo de deterioro funcional y de cambios de calidad y de estilo de vida tanto en los enfermos como en sus familias.

2. Las respuestas desde el sector de la salud a las necesidades de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia

2.1 Necesidades de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia en España y su distribución territorial

El Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España (Imsero, 2005) elaboró, a partir de los datos que aporta la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, y teniendo en cuenta las previsiones de crecimiento de la población española, una estimación que situaba la cifra de personas en situación de dependencia en algo más de 1,12 millones en 2005, alrededor de 1,25 millones en 2010 y 1,5 millones en 2020. Estas cifras corresponden a las personas que tienen una discapacidad severa o total para alguna de las siguientes actividades básicas de la vida diaria.

– Actividades relativas al cuidado personal:

- asearse solo, lavarse y cuidarse de su aspecto;
- controlar las necesidades y utilizar solo el servicio;
- vestirse, desvestirse y arreglarse;
- comer y beber.

– Movilidad en el hogar:

- cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo;
- levantarse, acostarse y permanecer de pie o sentado;
- desplazarse dentro del hogar.

– Funcionamiento mental básico:

- reconocer personas y objetos y orientarse;
- entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas.

Todas estas personas verían seriamente comprometida su supervivencia sin una ayuda y cuidado permanente y son, por ello, las que cualquier sistema de atención de la dependencia debería priorizar. Junto a ellas, hay que considerar también a quienes, sin tener dificultades severas para realizar las actividades básicas de la vida diaria antes enumeradas, tienen necesidad de ayuda para salir del hogar o para realizar tareas domésticas y/o quienes tienen alguna discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movilidad, alimentación y funcionamiento mental básico. Sin llegar a los altos niveles de dependencia que caracterizan al grupo anteriormente considerado, las necesidades de estas personas han de ser también objeto de atención. El Libro Blanco estimaba la cifra de este segundo grupo de personas que se encuentran en una situación próxima a la dependencia en 1,66 millones en 2005, 1,77 millones en 2010 y más de 2 millones en 2020.

Tabla 1. Estimación de la distribución de personas en situación de dependencia por comunidad autónoma. Año 2005

Comunidad autónoma	Grado 3 Gran dependencia	Grado 2 Dependencia severa	Grado 1 Dependencia moderada	Total dependientes	Pre- dependientes	Total
01. Andalucía	29.061	56.142	88.114	173.317	262.346	435.663
02. Aragón	7.162	13.344	19.160	39.666	56.280	95.946
03. Asturias (Principado de)	6.193	11.637	16.970	34.800	49.787	84.587
04. Baleares (Islas)	3.804	7.291	11.175	22.270	33.239	55.509
05. Canarias	6.122	12.070	19.684	37.876	58.839	96.714
06. Cantabria	2.896	5.434	7.945	16.275	23.387	39.662
07. Castilla y León	15.622	28.819	40.499	84.939	118.598	203.537
08. Castilla-La Mancha	9.629	17.936	26.065	53.630	76.891	130.521
09. Cataluña	31.178	59.477	89.664	180.319	265.298	445.617
10. Comunidad Valenciana	18.905	36.432	56.387	111.724	167.489	279.213
11. Extremadura	5.300	9.967	14.776	30.043	43.575	73.618
12. Galicia	15.644	29.297	42.260	87.202	123.966	211.167
13. Madrid (Comunidad de)	23.180	44.823	69.629	137.632	206.867	344.498
14. Murcia (Región de)	4.787	9.218	14.452	28.458	43.175	71.633
15. Navarra (Comunidad Foral de)	2.956	5.545	8.073	16.575	23.803	40.377
16. País Vasco	10.107	19.459	29.681	59.247	87.436	146.683
17. Rioja (La)	1.534	2.878	4.211	8.624	12.420	21.044
18. Ceuta	219	430	697	1.346	2.087	3.433
19. Melilla	209	403	636	1.248	1.906	3.154
Total	194.508	370.603	560.080	1.125.190	1.657.387	2.782.577

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos para el conjunto nacional del Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España

Aunque en ambos grupos predominan las personas mayores (el porcentaje de personas con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme se consideran grupos de población de mayor edad), en ellos hay personas de todas las edades, pues las situaciones de dependencia pueden aparecer en cualquier momento de la vida o, incluso, estar presentes desde el nacimiento.

Las estimaciones del Libro Blanco no desagregaron la población dependiente desde una perspectiva territorial. Sin embargo, dado que las competencias de atención, tanto en servicios sociales como en salud, corresponden a las comunidades autónomas, es esencial conocer las necesidades que puedan existir en cada territorio, caracterizando los grupos de población que demandan actuaciones dirigidas a promover la autonomía personal y atender situaciones de dependencia.

Teniendo en cuenta la estructura de población de cada una de las comunidades autónomas y su evolución previsible, y desde la hipótesis de homogeneidad de la incidencia de la depen-

Tabla 2. Estimación de la distribución de personas en situación de dependencia por comunidad autónoma. Año 2010

Comunidad autónoma	Grado 3 Gran dependencia	Grado 2 Dependencia severa	Grado 1 Dependencia moderada	Total dependientes	Pre- dependientes	Total
01. Andalucía	33.578	63.987	95.238	192.803	285.706	478.508
02. Aragón	7.996	14.683	19.871	42.550	58.849	101.399
03. Asturias (Principado de)	6.877	12.716	17.391	36.983	51.480	88.463
04. Baleares (Islas)	4.378	8.381	12.458	25.216	37.322	62.538
05. Canarias	7.329	14.324	22.393	44.047	67.343	111.390
06. Cantabria	3.272	6.069	8.401	17.742	24.955	42.697
07. Castilla y León	17.479	31.679	41.608	90.765	122.797	213.563
08. Castilla-La Mancha	10.985	20.146	27.621	58.752	82.212	140.964
09. Cataluña	35.887	67.695	97.095	200.678	289.428	490.105
10. Comunidad Valenciana	22.128	42.099	61.933	126.160	185.298	311.459
11. Extremadura	5.987	11.037	15.317	32.341	45.570	77.912
12. Galicia	17.384	32.085	43.831	93.300	129.661	222.961
13. Madrid (Comunidad de)	27.211	52.131	77.276	156.618	231.106	387.724
14. Murcia (Región de)	5.663	10.765	16.019	32.447	48.176	80.623
15. Navarra (Comunidad Foral de)	3.346	6.216	8.611	18.173	0	18.173
16. País Vasco	11.690	22.094	31.613	65.398	93.852	159.250
17. Rioja (La)	1.775	3.282	4.527	9.584	13.453	23.038
18. Ceuta	249	482	739	1.470	2.223	3.693
19. Melilla	244	465	692	1.401	2.081	3.482
Total	223.457	420.336	602.636	1.246.429	1.771.512	3.017.941

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos para el conjunto nacional del Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España

Tabla 3. Estimación de la distribución de personas en situación de dependencia por comunidad autónoma. Año 2015

Comunidad autónoma	Grado 3 Gran dependencia	Grado 2 Dependencia severa	Grado 1 Dependencia moderada	Total dependientes	Pre- dependientes	Total
01. Andalucía	38.281	72.567	103.082	213.930	302.576	516.506
02. Aragón	8.671	15.873	20.588	45.133	59.685	104.818
03. Asturias (Principado de)	7.457	13.713	17.814	38.983	51.558	90.541
04. Baleares (Islas)	5.032	9.648	13.952	28.631	40.892	69.523
05. Canarias	8.804	17.067	25.423	51.294	74.752	126.046
06. Cantabria	3.633	6.727	8.911	19.271	25.881	45.153
07. Castilla y León	18.897	34.078	42.536	95.512	122.795	218.307
08. Castilla-La Mancha	12.157	22.274	29.286	63.717	85.326	149.044
09. Cataluña	40.571	76.222	105.139	221.932	306.600	528.532
10. Comunidad Valenciana	25.342	48.037	67.964	141.343	198.899	340.243
11. Extremadura	6.584	12.054	15.820	34.458	46.127	80.584
12. Galicia	19.176	35.078	45.438	99.692	131.635	231.327
13. Madrid (Comunidad de)	31.658	60.276	85.628	177.562	250.339	427.902
14. Murcia (Región de)	6.540	12.400	17.695	36.636	52.035	88.671
15. Navarra (Comunidad Foral de)	3.706	6.879	9.201	19.786	26.726	46.512
16. País Vasco	13.305	24.862	33.601	71.768	97.521	169.289
17. Rioja (La)	1.976	3.647	4.837	10.460	14.069	24.529
18. Ceuta	277	533	780	1.590	2.290	3.880
19. Melilla	276	525	747	1.549	2.196	3.745
Total	252.345	472.461	648.442	1.373.248	1.891.902	3.265.150

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos para el conjunto nacional del Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España

dencia en cada grupo de edad, se han elaborado las estimaciones de distribución de personas en situación de dependencia y predependencia para los años 2005, 2010 y 2015, que se recogen en las Tablas 1, 2 y 3.

2.2 Respuestas desde el sector de la salud

Tal y como ha señalado la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2005:4), la atención de las necesidades de salud de las personas dependientes es un componente fundamental de cualquier política de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia, pues las enfermedades son, con gran diferencia, la causa principal de las situaciones de dependencia, y con mucha frecuencia, los problemas sanitarios de las personas dependientes son los que mayores retos plantean a los dispositivos de atención domiciliaria o residencial puestos en marcha desde el sector de los servicios sociales. La atención

de salud de las personas dependientes tiene un componente preventivo (dirigido a evitar la aparición de la situación de dependencia) y un componente asistencial (pues los controles y tratamientos de las enfermedades que ya están causando dependencia permiten evitar que ésta progrese).

En el desarrollo del componente preventivo ha tenido una importante influencia el Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS), impulsado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). El PAPPS genera recomendaciones periódicas sobre prioridades y métodos preventivos apoyándose en las evidencias científicas, la morbilidad, los recursos disponibles y los resultados de la evaluación de las actividades preventivas de los equipos de atención primaria.

La atención primaria de salud ha incorporado, de manera generalizada, mecanismos de respuesta a las necesidades de salud de las personas dependientes, sobre todo en relación con la atención a la edad adulta y a las personas mayores. De acuerdo con los datos del SIAP (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a:198-9) referidos a 31 de diciembre de 2004, todas las comunidades autónomas incluían en su cartera de servicios de atención primaria la prevención y detección de problemas en personas mayores y la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y a pacientes terminales. También estaban ampliamente implantados (aunque no figuraban de manera explícita en las carteras de servicios de todas las comunidades autónomas) servicios como el de atención al anciano de riesgo, atención a ancianos residentes en instituciones, atención al alta hospitalaria, atención domiciliaria a pacientes con trastornos cognitivos y valoración de necesidades de cuidados domiciliarios de los mayores de 65 años y de sus cuidadores. Con un menor nivel de implantación, existían también en algunas comunidades autónomas servicios de atención al cuidador familiar en la comunidad, educación para la salud a grupos de cuidadores y atención a personas mayores en riesgo social.

En el ámbito de la atención sanitaria especializada, la atención de las necesidades de las personas dependientes es asumida principalmente por las unidades geriátricas de agudos y los servicios de geriatría en hospitales generales y, sobre todo, por las unidades de media estancia y convalecencia, que tienen como objetivo fundamental y prioritario la recuperación funcional de las personas con incapacidad o deterioro inicialmente reversible, pero también administran cuidados dirigidos a la adaptación de los pacientes a la incapacidad, la implicación y aprendizaje de familiares en su cuidado, el tratamiento de úlceras y heridas, la planificación de la ubicación definitiva al alta hospitalaria, la evaluación de los síndromes geriátricos e incluso la estabilización clínica de enfermedades en fase subaguda. Como señala la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2005:25), la creación de estas unidades específicas de recuperación funcional responde a la necesidad de contar con una estructura física y un equipo interdisciplinar adecuado para este tipo de cuidados, que no pueden darse de forma ambulatoria y que inciden principalmente en la reeducación de las actividades de la vida diaria. Sin embargo, existe una gran variabilidad en la dotación de estas unidades en las diferentes comunidades autónomas, y la creación de recursos enfocados a la rehabilitación no

Tabla 4. Atención Primaria de Salud. Servicios significativos en la atención a personas en situación de dependencia

Comunidad autónoma	Servicios significativos en la atención a personas en situación de dependencia (atención a la vida adulta y a personas mayores)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
01. Andalucía	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
02. Aragón	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-
03. Asturias (Principado de)	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-
04. Baleares (Islas)	✓	-	-	-	✓	-	-	-	✓	-	-	-
05. Canarias	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-
06. Cantabria	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
07. Castilla y León	✓	✓	-	-	✓	-	✓	-	✓	✓	✓	✓
08. Castilla-La Mancha	✓	-	-	-	✓	-	-	-	✓	-	-	-
09. Cataluña	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓
10. Comunidad Valenciana	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
11. Extremadura	✓	-	-	-	✓	-	-	-	✓	-	-	-
12. Galicia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-
13. Madrid (Comunidad de)	✓	✓	-	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	-
14. Murcia (Región de)	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	-
15. Navarra (Comunidad Foral de)	✓	-	-	-	✓	-	✓	-	✓	-	-	-
16. País Vasco	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
17. Rioja (La)	✓	-	-	-	✓	-	-	-	✓	-	-	-
18. Ceuta	✓	-	-	-	✓	-	-	-	✓	-	-	-
19. Melilla	✓	-	-	-	✓	-	-	-	✓	-	-	-

Denominación de los servicios:

1. Prevención y detección de problemas en personas mayores/Actividades preventivas en el anciano.
2. Atención al anciano de riesgo.
3. Atención de ancianos residentes en instituciones.
4. Atención al alta hospitalaria.
5. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
6. Atención domiciliaria a pacientes con trastornos cognitivos.
7. Valoración de necesidades de cuidados domiciliarios a los mayores de 65 años y/o a los cuidadores.
8. Atención domiciliaria a personas de alto riesgo.
9. Atención domiciliaria a pacientes terminales.
10. Atención al cuidador familiar en la comunidad.
11. Educación para la salud a grupos de cuidadores.
12. Atención a personas en riesgo social.

Notas:

En Galicia, los servicios 2, 3, 4 y 6 son optativos para cada centro de salud.

En Murcia, los servicios 4 y 8 son utilizados de manera parcial (no todos los centros) y/o restringidos a ciertos centros o para determinados casos.

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, SIAP (datos referidos a 31 de diciembre de 2004)

se ve favorecida por el claro enfoque curativo, alta tecnología y elevados costes que predominan en nuestro sistema sanitario.

En cuanto a las unidades de larga estancia, la principal característica que las define es su heterogeneidad. Solamente se han desarrollado en algunas comunidades autónomas en las que se ha considerado como un recurso idóneo para la atención de las personas con discapacidad y determinado nivel de complejidad clínica. Tampoco hay una uniformidad en la denominación de estos centros, que unas veces se denominan centros sociosanitarios (especialmente en Cataluña) y otras veces hospitales de larga estancia (o de media y larga estancia).

La hospitalización domiciliaria es otro sistema asistencial importante en la atención de las necesidades de salud de las personas dependientes. En España existen diferentes experiencias de asistencia domiciliaria, entre las que cabe citar los equipos de asistencia geriátrica domiciliaria (AGD), dependientes de los servicios de geriatría, que se han desarrollado sobre todo en las comunidades de Madrid y Castilla-La Mancha; los programas de atención domiciliaria equipo de soporte (PADES), que se crearon en el marco del programa catalán de atención sociosanitaria Vida als anys; los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) desarrollados por el antiguo Insalud desde 1998, y las unidades de hospitalización a domicilio (HaD) dependientes de servicios del hospital, que atienden a pacientes con altas precoces o derivaciones desde el servicio de urgencias, y que han tenido su mayor desarrollo en Valencia, Cataluña y Galicia.

La atención especializada de salud utiliza también el recurso de los hospitales de día geriátricos para la atención de las necesidades sanitarias de las personas en situación de dependencia. De acuerdo con datos proporcionados por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2005:88), la mayor parte de los hospitales de día geriátricos existentes en España están en Cataluña, siendo un recurso con escasa o nula implantación en las demás comunidades autónomas.

Un aspecto especialmente importante es la coordinación de la atención de salud, tanto primaria como especializada, con los centros residenciales en los que viven personas dependientes. Aunque se ha progresado mucho, la situación sigue siendo deficitaria. Al estar adscritas a la red de bienestar social, las residencias dependen en última instancia de atención primaria, por lo que los miembros de ésta son los responsables de su farmacia, así como en muchos casos de la atención directa de los usuarios (especialmente cuando se dan situaciones de urgencias en residencias que no tienen cobertura médica propia las 24 horas). La situación se complica cuando se necesita de valoración y seguimiento por parte de algún especialista. La comunicación con los especialistas se realiza normalmente a través de hoja de interconsulta, con la dificultad añadida que suponen los traslados a los centros de especialidades o a los hospitales de los usuarios con dependencia física o mental. La legislación actual no contempla la necesidad de que los especialistas deban desplazarse a las residencias de forma programada o a demanda, ni el establecimiento de programas específicos de atención especializada en residencias. En algunas áreas de salud y en el ámbito

público se encuentra reglada dicha consulta con algunos especialistas, pero siempre dependiendo de las relaciones y características de los equipos. Así, es relativamente frecuente la relación de residencias de ámbito público con servicios o unidades de geriatría para facilitar la valoración de residentes en consultas o, si se dispone de atención geriátrica domiciliaria, en el propio medio residencial (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2005:36).

Las notas que definen las respuestas que el sector de la salud está dando a las necesidades de las personas en situación de dependencia son la heterogeneidad territorial (que, junto con el factor positivo y enriquecedor que supone la diversidad, presenta también acusados rasgos de inequidad) y la necesidad de mejorar los niveles de coordinación, tanto en el interior del sector de la salud (entre la asistencia primaria y la especializada) como entre el sector de la salud y el de los servicios sociales. Este segundo aspecto se analiza con mayor detalle en el apartado siguiente.

3. La coordinación de los servicios sanitarios y sociales, una necesidad ineludible

La interrelación entre salud y situaciones de dependencia ha dado lugar a la necesidad de reformular los sistemas de financiación, gestión y distribución de los recursos destinados a la atención de las personas dependientes, y en concreto a la necesidad de organizar y coordinar los servicios sanitarios y los servicios sociales para proporcionar una respuesta integral y eficaz a las situaciones de dependencia de la población. En este contexto las diferentes fórmulas de abordar las respuestas sociosanitarias ocupan un lugar prioritario, y ponen de relieve la importancia de la coordinación, integración, colaboración y complementariedad en múltiples niveles de intervención: entre profesionales, entre instituciones sociales y sanitarias, entre la iniciativa social, pública y privada, entre los diferentes tipos de recursos, etc.

Sin embargo, lo cierto es que, históricamente, la sanidad y los servicios sociales han vivido separados en su quehacer asistencial. No sólo no han sido sistemas complementarios, sino que muchas veces, cuando no se han ignorado mutuamente, sus relaciones han estado inspiradas por una lógica de confrontación sustitutiva (Aguirre Elustondo, 2006:1). La descoordinación entre ambos sistemas ha restado efectividad a las actuaciones y ha afectado negativamente a las personas con dependencia, que necesitan servicios sanitarios y sociales de forma conjunta y simultánea.

La coordinación entre el sistema de salud y el de servicios sociales se ha visto dificultada por las diferencias en materia de organización, configuración jurídica y mecanismos de financiación que presentan ambos sistemas. Mientras que la red de servicios sanitarios es extensa y sus servicios tienen cobertura universal y son gratuitos para los usuarios, la red de servicios sociales está menos desarrollada, ha sido (hasta ahora) graciable, no garantiza servicios ni recursos y recurre, para su financiación, al copago de los usuarios. Estas diferencias se dan también en aspectos como la estabilidad y remuneración de las respectivas plantillas, los protocolos de actuación, la “cultura profesional” y otros muchos que dificultan el adecuado entendimiento entre el sistema sanitario y social. Por todo ello, los esfuerzos de acercamiento y coordinación que han venido dándose en las dos últimas décadas, sobre los que se ofrece una breve síntesis en las siguientes páginas, se han tenido que enfrentar a importantes problemas y obstáculos, muchos de los cuales están aún por solucionar o superar, tal como se concluye en el informe del Defensor del Pueblo (2001: 438) sobre atención sociosanitaria en España:

“La atención sociosanitaria requiere, para lograr efectividad, solucionar una serie de problemas u obstáculos: en primer lugar, las diferencias estructurales entre el sistema sanitario y los servicios sociales en lo que se refiere a la fuerza del derecho de acceso, a los recursos disponibles y a la imagen social. De manera más concreta, se trata de potenciar los servicios sociales y de reforzar determinados servicios sanitarios dentro de un continuo asistencial. Los servicios sociales, hoy por hoy, son un sistema subsidiario del papel asistencial de la familia, lo que sucede en mucha menor medida en el sistema sanitario. En segundo lugar, se trata de superar los recelos que emergen de culturas profesionales diferentes. Estos dos obstáculos, bajo un contexto de ausencia de una política integral, generan los efectos de expulsión o derivación entre sistemas que terminan aumentando la carga de trabajo de las familias cuidadoras. Se hace necesario, por tanto, crear un espacio común profesional y asistencial, con protocolos comunes para hacer frente a las nuevas necesidades de la dependencia, así como ir consolidando un estilo de trabajo asistencial interdisciplinar desarrollado de manera experimental durante los últimos años de esta década.”

3.1 Iniciativas de coordinación sociosanitaria en España

A continuación se presenta una breve síntesis de las principales iniciativas de coordinación sociosanitaria que se han desarrollado en España desde que, a mitad de la década de los ochenta, se puso en marcha en Cataluña el programa Vida als anys. Por razones de sistemática, tras la consideración de los principales aspectos de este programa pionero, se dedica un epígrafe a las iniciativas desarrolladas en el ámbito estatal, y otro a las que se han abordado en el ámbito autonómico.

A) El programa Vida als anys

Una de las primeras iniciativas desarrolladas en España para superar esta situación fue el programa Vida als anys (Vida a los años), desarrollado en Cataluña a partir de 1986, con el objetivo de mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas y a las personas en situación terminal, integrando los servicios sanitarios y sociales en un modelo único. Se trata de un programa interdepartamental, que ha permitido la creación de una red de servicios de media y larga estancia, así como otros servicios, como hospitales de día, equipos de valoración y soporte de geriatría a domicilio, y equipos de valoración y soporte en el hospital. Este programa, posteriormente consolidado en la red sociosanitaria¹, tiene aspectos importantes de coordinación, como la financiación mixta de los servicios de larga estancia

1 En 2005, desaparece la División de Atención Sociosanitaria del Servicio Catalán de Salud, que coordinaba la implementación del programa Vida a los años, pasando sus competencias en esta materia a ser ejercidas por la Gerencia de Planificación y Servicios.

o los equipos de soporte. Existen también comisiones mixtas sociosanitarias con base territorial, para coordinar el acceso a los servicios de larga estancia.

El programa Vida als anys surgió para dar respuesta a las necesidades de atención de las personas mayores en situación de dependencia en un momento en el que la Generalitat, tras haber recibido las transferencias en materia sanitaria, se enfrentaba al problema de cómo reutilizar una serie de antiguos centros hospitalarios que no reunían las condiciones que fueron fijadas en el Plan de Reordenación Hospitalaria de Cataluña de 1983 para su acreditación. Estos edificios se dedicaron a unidades de larga estancia y centros de día, que fueron los primeros servicios del programa.

Como señaló el Defensor del Pueblo (2001) en su informe sobre la atención sociosanitaria en España, desde el punto de vista geriátrico el programa Vida als anys ha supuesto mejoras en la asistencia a las personas mayores dependientes, entre las que destacan la puesta en marcha de una serie de niveles asistenciales que se adaptan a las diferentes situaciones de enfermedad y necesidades de estos pacientes, y que, en virtud de su estrecha coordinación, garantizan la adecuada continuidad asistencial, así como la introducción de técnicas como la aplicación de la valoración integral y el trabajo en equipo interdisciplinario, que repercuten de forma muy positiva en la calidad de la atención a los pacientes de edad avanzada. En el lado negativo del balance se dejan entrever algunas carencias, como la falta de presencia de la medicina geriátrica en la fase aguda de enfermedad en las personas mayores, problema respecto del cual el informe del Defensor del Pueblo indicaba que podría atenuarse en virtud de la implantación de unidades de agudos en los hospitales generales y con una mayor presencia de médicos especialistas en geriatría.

El nivel de coordinación logrado entre los recursos propiamente sanitarios (hospitales de agudos, media y larga estancia, atención primaria) es bastante satisfactorio en la práctica diaria. Sin embargo, el modelo no ha resuelto la coordinación entre el sistema sanitario y el social, que se mantienen con sistemas de acceso y modelos de financiación distintos.

Gracias al programa Vida als anys se han desarrollado numerosos recursos: unidades de cuidados paliativos, unidades de convalecencia, rehabilitación y larga estancia, equipos de soporte de los programas de atención a domicilio (PADES), hospitales de día y unidades de valoración, seguimiento y colaboración en centros hospitalarios (unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias, UFISS). Todo ello ha sido posible merced al sistema de cofinanciación sociosanitaria, con aportaciones tanto del sector sanitario como del sector social.

Uno de los factores que explica el éxito de este programa es el hecho de que Cataluña cuenta con una infraestructura de recursos bastante desarrollada. Así, por ejemplo, la mayoría de los hospitales tiene equipos consultores geriátricos, algo que no ocurre en otras regiones. Además, en Cataluña se concentran la mitad de las camas de geriatría que hay en todo el país, cuando su población no supera la quinta parte del total.

El programa Vida als anys ha sido un elemento esencial en el desarrollo del sector socio-sanitario en Cataluña, y ha influido en gran medida en el debate que, a lo largo de los últimos veinte años, se ha establecido en torno a la atención sociosanitaria en toda España.

B) Iniciativas de coordinación sociosanitaria en el ámbito estatal

La preocupación por dar respuesta a las situaciones de descoordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales está ya presente en los trabajos de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Comisión Abril), que, en 1991, ya planteó propuestas para corregir las deficiencias estructurales y la falta de coordinación entre ambos sistemas.

El Plan Gerontológico Estatal de 1992 estableció la coordinación sociosanitaria como uno de sus objetivos. En el marco del desarrollo del Plan Gerontológico, la Subdirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró el documento Bases para la Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores (1993), en el que se propone un modelo de atención sanitaria a este grupo de población y se contempla un sistema de coordinación con los servicios sociales. En este documento se apuesta por un modelo de base comunitaria dirigido a garantizar la continuidad entre los diferentes niveles de cuidados, de acuerdo con los principios de integralidad, interdisciplinariedad y rehabilitación.

Estos antecedentes fueron la base del Acuerdo Marco para la coordinación sociosanitaria firmado el 14 de diciembre de 1993 entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el de Asuntos Sociales, por el que se impulsan y desarrollan, en el ámbito de sus respectivas competencias, programas de actuación coordinada para la atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad, entre otros colectivos. Además de una reordenación de los recursos sanitarios, en virtud de este acuerdo se crearon las comisiones sociosanitarias de área como instrumento específico para llevar a cabo la coordinación sociosanitaria. Este acuerdo impulsó el debate científico y político sobre la dependencia (Rodríguez Cabrero, 2002:5) y abrió una línea de colaboración entre ambos ministerios, que se concretó en la creación de un grupo de expertos, la elaboración de documentos como Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores (1995), donde se configura un esquema de servicios integral, interdisciplinar y rehabilitador para la atención a las personas mayores frágiles o de alto riesgo, y la puesta en marcha de experiencias de coordinación sociosanitaria en varias áreas de salud de Madrid, Valladolid y Murcia.

Las comisiones sociosanitarias de área tuvieron escasa trascendencia ante la escasez de recursos específicos que coordinar y la falta de capacidad ejecutiva para hacerlo. Con todo, el cambio de orientación en la atención sociosanitaria que supuso el acuerdo marco de 1993 fue globalmente positivo, tanto en el nivel sanitario (creación de hospitales de día, unidades de convalecencia y unidades de agudos específicas con un nuevo esquema de intervención basado en los equipos de valoración y cuidados geriátricos), como en el nivel de servicios

sociales (potenciación de servicios comunitarios básicos, como el servicio de ayuda a domicilio, y de carácter intermedio, como el centro de día). Sin embargo, las limitaciones presupuestarias, la falta de definición de recursos necesarios, pero de alto coste de inversión, como las residencias asistidas y los hospitales de larga estancia, y la baja implicación de las comunidades autónomas en el desarrollo del nuevo modelo limitaron su desarrollo (Rodríguez Cabrero, 2002:8).

El Acuerdo del Congreso de los Diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud de 1997 supuso un nuevo avance en este proceso al pedir al Gobierno, en una de sus recomendaciones, que instrumentara alternativas para la asistencia sociosanitaria. Esta recomendación, unida a la constatación del escaso resultado práctico de las diversas experiencias y proyectos que las comunidades autónomas estaban impulsando, motivó que la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, en estrecha colaboración con la Secretaría General de Asuntos Sociales a través del Imserso, decidiera en el año 1998 dar un impulso a la tarea de avanzar en la configuración de las bases comunes de un modelo de atención sociosanitaria, sin menoscabo de las competencias de las comunidades autónomas en esta materia. Para ello se constituyó un grupo de expertos con el encargo de realizar un informe sobre el tema y avanzar en el cumplimiento del acuerdo parlamentario antes citado. Este grupo abordó un estudio sobre los usuarios y las prestaciones sociosanitarias, los sistemas de información y clasificación de usuarios, la coordinación sociosanitaria y la financiación de la atención sociosanitaria, que ha servido de base para los trabajos desarrollados en el seno de la Subcomisión de Planes Sociosanitarios del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en colaboración con la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales para propiciar una mayor homogeneidad en la configuración de los distintos modelos que se diseñaran por las comunidades autónomas, que quedaron reflejados en el documento Bases para un Modelo de Atención Sociosanitaria (2001).

La influencia de esta línea de trabajo se dejó sentir en el Plan estratégico del Insalud de 1997, que adopta como estrategia de atención sociosanitaria la coordinación integrada de recursos sanitarios y sociales, la coordinación interdisciplinar y la responsabilidad de la atención primaria en la coordinación sociosanitaria, y en la creación, en 1999, de los ESAD (equipos de soporte de ayuda a domicilio) en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria a la tercera edad y, en general, a pacientes en situación de dependencia y con enfermedades terminales.

En el ámbito del desarrollo normativo de la Administración General del Estado hay que destacar por su importancia la Ley 63/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en cuyo artículo 14 se define la prestación sociosanitaria como “la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. Dicha Ley establece que desde el ámbito sanitario se han de asumir las actuaciones relativas a los cuidados sanitarios de larga duración,

la atención sanitaria de convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La prestación sociosanitaria se incorpora así, por mandato legal, a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, el Plan Sociosanitario prometido para ese mismo año por la entonces titular del departamento de Sanidad y Consumo, Ana Pastor, nunca llegó a aprobarse.

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, no ha desarrollado, pese a las demandas expresadas por las organizaciones sociales en ese sentido², el contenido de la cartera de servicios de atención sociosanitaria, dejando vigente, en ese ámbito, la disposición adicional cuarta del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, según la cual la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las administraciones públicas correspondientes a los servicios sanitarios y sociales.

La razón oficiosa para no haber abordado el necesario desarrollo de la prestación sociosanitaria es que el enfoque de la Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, que cuando se aprobó el Real Decreto

2 Entre estas demandas, destacan las formuladas por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, que en su informe, fechado en junio de 2006, sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, las expresaba en términos muy claros: "... la prevención de la dependencia es una labor de todos, incluidos los servicios sociales, pero su componente sanitario es el fundamental, tanto en la prevención primaria, secundaria y terciaria. Y aquí no bastaría con añadir un párrafo que aludiera a la coordinación con los servicios sanitarios. Debería de constar un compromiso serio del SNS de prevención de la dependencia en el anciano frágil, en todos sus niveles de prestaciones (primaria, especializada y sociosanitaria), algo que en el borrador de la futura Cartera de servicios común del SNS sólo se contempla en atención primaria". La demanda había sido ya formulada por la Federación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), que en su posicionamiento sobre el proyecto de Real Decreto sobre la Cartera de servicios básicos y comunes del Sistema Nacional de Salud, hecho público el 9 de febrero de 2006, indicaba que "nos ha sorprendido la pobreza de medidas de atención a las personas mayores y la ausencia de concreción de las prestaciones sociosanitarias, precisamente cuando se está discutiendo el Anteproyecto de Ley de Dependencia cuyas prestaciones básicas tampoco están especificadas". En este mismo sentido, la Comisión de Promoción de la Salud del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) emitió el 7 de abril de 2006, con ocasión del Día Mundial de la Salud, un manifiesto por el desarrollo e implantación de una atención sociosanitaria de calidad en el que insistía en "la necesidad de desarrollar el mandato de la Ley de Cohesión y Calidad y regular reglamentariamente la prestación sociosanitaria, para lo cual ha de aprovecharse la anunciada aprobación del Real Decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en trámite en estos momentos."

1030/2006 estaba tramitándose en el Congreso, podría afectar al enfoque de la prestación sociosanitaria (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2005). En cualquier caso, una parte de los servicios, que incluiría la cartera de atención sociosanitaria (cuidados paliativos, atención domiciliaria a inmovilizados, rehabilitación, salud mental, etc.), se recoge en las carteras de atención primaria y especializada.

C) Iniciativas de coordinación sociosanitaria en el ámbito autonómico

En el ámbito autonómico, además del programa pionero Vida als anys, desarrollado en Cataluña a partir de 1986, al que ya nos hemos referido, se han venido estableciendo, desde la segunda mitad de los años noventa, muchas otras iniciativas, entre las que cabe citar, a título de ejemplo, las siguientes.

- En la Comunidad Valenciana se implantó, en el año 1995, el programa especial para la atención a pacientes ancianos, a pacientes de larga evolución y a pacientes en situación terminal (PALET), y se suscribió un acuerdo de coordinación sociosanitaria entre las consejerías de Sanidad y Consumo y de Trabajo y Asuntos Sociales. El programa PALET es de predominio sanitario, ya que la dirección y la gestión dependen del Servicio Valenciano de la Salud, y tiene como objetivos la curación y la calidad de vida de las personas dependientes.
- En Castilla y León se aprobó, en el año 1998, un primer plan de atención sociosanitaria, que ha tenido continuidad en el II Plan Sociosanitario de Castilla y León, aprobado en 2003 y cuya vigencia se extiende hasta final de 2007. El vigente Plan sociosanitario de Castilla y León apuesta por la integración funcional de los sistemas sanitario y social, mediante los equipos de coordinación de base y las comisiones de coordinación sanitaria.
- Los equipos de coordinación de base están compuestos por un profesional del centro de acción social, uno o dos profesionales sanitarios del equipo de atención primaria (enfermera y médico), más el trabajador social, si existe, y, eventualmente, otros profesionales sanitarios o sociales. Los equipos trabajan con una metodología común, que contempla la valoración conjunta única, un plan de intervención consensuada, la asignación de responsabilidades a los servicios sanitarios o sociales, y el seguimiento conjunto. Incorporan dos figuras de reciente creación, el coordinador de caso (que posiblemente asumirá funciones en materia de valoración de las situaciones de dependencia y de fijación de los programas individuales de atención de las personas dependientes) y el tutor de equipo (que motiva, analiza, forma, informa y orienta a los profesionales de los equipos de zona). Es importante destacar que estos equipos pueden tener diferente número y tipo de profesionales, dependiendo de las necesidades de la zona, incorporando así una cierta dosis de asimetría en función de las demandas y del contexto en que estas se dan, que suponen ir un paso más allá de lo que implican las asignaciones clásicas de recursos por miles de habitantes, extensión territorial, divisiones administrativas u otros criterios similares.

- Las comisiones de coordinación sociosanitaria están compuestas por profesionales sanitarios de atención primaria y especializada y profesionales de servicios sociales de la Junta y de las corporaciones locales. Tienen funciones de apoyo a los equipos de coordinación de base y de información a estamentos directivos y decisores. Su marco de actuación es provincial.
- En Galicia se puso en marcha en 1998 el Programa PASOS, una iniciativa de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales dirigida a orientar los servicios una la lógica de integración y a establecer una metodología basada en la valoración de la persona dependiente y en la formulación de un plan de cuidados individualizados. El Programa PASOS ha establecido un sistema de concertación y acreditación de centros sociosanitarios (media estancia, larga estancia, asistencia sanitaria).
- En Cantabria se aprobó el Plan de Acción Sociosanitaria del Mayor 1999-2005, que propuso la creación de un Consejo Autonómico del Plan de Atención Sociosanitario (CASYS), así como comisiones sociosanitarias de área y un equipo técnico de gestores encargado de establecer la red de servicios sociosanitarios necesarios, dando una especial importancia a los centros sociales, sanitarios y mixtos.
- En el País Vasco, las Diputaciones Forales de Vizcaya, Guipúzcoa y Álava han desarrollado sus propios modelos sociosanitarios, todos ellos con un doble marco regulador (Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales, y Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi), cuyos objetivos son el logro de la universalización de las prestaciones sanitarias y sociales. El espacio sociosanitario vasco se basa en acuerdos-marco de colaboración entre el Servicio Vasco de Salud, los Departamentos de Servicios Sociales de las Diputaciones Vascas y la Asociación de Municipios Vascos, EUDEL. El 30 de enero de 2003, todas las instituciones implicadas firmaron el Convenio de colaboración para el desarrollo de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco, por la que se creaban el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, como órgano supremo de coordinación en el ámbito de la Comunidad, y tres consejos territoriales, uno por territorio histórico, con sus correspondientes coordinadores y comisiones técnicas. Estas estructuras organizativas están inspiradas en los principios de respeto a la autonomía de gestión de cada una de las instituciones involucradas, carácter paritario entre los representantes del sistema sanitario y de los servicios sociales, y toma de decisiones por consenso.
- La Comunidad Foral de Navarra aprobó en 2000 el Plan Foral de Atención Sociosanitaria de Navarra para el período 2001-2005, que apuesta por una metodología basada en la gestión de casos y el plan individualizado de servicios.
- La atención sociosanitaria ha sido también abordada en los Planes de Atención a Personas Mayores de Andalucía (Ley 6/1999), Castilla-La Mancha (formulado para el período 1998-2002; en la actualidad está en proceso de elaboración el II Plan de Mayores, que se aprobará a final de este año o principios de 2007), Comunidad de Madrid (1998), y en

otros Planes de Sanidad específicos, como son los de Canarias (D 37/1997) y el II Plan Andaluz de Salud de 1999.

- Entre las iniciativas más recientes, cabe destacar el Plan estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco, 2005-2008, aprobado por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria en 2005, el Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura, cuyo Plan Director ha sido formulado para el período 2005-2010, y el Plan Director Sociosanitario de Cataluña, creado por Decreto de 14 de marzo de 2006.
- Uno de los proyectos de mejora asistencial acometido en el marco del Plan Director Sociosanitario de Cataluña es el Programa para el impulso y la ordenación de la promoción de la autonomía personal y atención de las personas con dependencias (PRODEP), formulado e implementado conjuntamente por los departamentos de Bienestar y Familia y de Salud, que trata de responder a los objetivos prioritarios de impulsar planes piloto territoriales de coordinación y de avanzar hacia un sistema integral en el que se engarzan funcionalmente el ámbito sanitario y el social para garantizar la continuidad asistencial necesaria. Uno de los instrumentos para este avance será la futura Agencia Catalana de la Dependencia, que se encargará de gestionar el modelo de atención a las personas dependientes (Geli, 2005).

3.2 Iniciativas de coordinación sanitaria en otros países

Como es obvio, el problema de la falta de coordinación entre las actuaciones sanitarias y sociales no se circunscribe solamente al territorio español, sino que es un tema que se ha situado en el primer plano de los debates sobre la atención a las personas dependientes en todos los países desarrollados. La necesidad de establecer mecanismos de colaboración y coordinación entre los sistemas social y sanitario ha llevado a países con una larga y modélica tradición en la atención a las personas en situación de dependencia a plantearse una revisión en profundidad de sus sistemas de atención.

En el Reino Unido, el entonces recién instalado Gobierno laborista de Tony Blair impulsó la creación, en diciembre de 1997, de la Comisión Real sobre Cuidados de Larga Duración (*Royal Commission on Long Term Care*), con el encargo de examinar las opciones de financiación sostenible de los cuidados de larga duración para las personas mayores. La Comisión emitió en marzo de 1999 un informe en el que proponía una serie de cambios en el sistema de provisión de cuidados de larga duración y en su financiación. Una de sus recomendaciones era la transferencia de recursos desde el Sistema Nacional de Salud a los servicios sociales en virtud de los cambios que se habían ido produciendo en sus responsabilidades relativas: desde 1983 hasta la fecha de emisión del informe las camas de larga estancia dependientes del Sistema Nacional de Salud se habían reducido en un 38% (una pérdida de 21.300 camas), mientras que el número de camas en clínicas de re-

posos privadas se incrementaba en un 900% (un aumento de 141.000 camas, de las cuales sólo un 8% eran sostenidas por las autoridades sanitarias).

El informe de la Comisión recomendaba una mayor coordinación entre el Sistema Nacional de Salud y los servicios sociales. La Comisión consideró inaceptable que, mientras que los cuidados de larga duración derivados de enfermedades que requieren predominantemente cuidados médicos, como el cáncer, son cubiertos por el Sistema Nacional de Salud, los derivados de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, que requieren principalmente cuidado personal, normalmente recaen sobre los bolsillos de los afectados y de sus familias. Para los redactores del informe, es éticamente imposible justificar esta distinción, pues el pago de los cuidados debe depender de la necesidad, no del diagnóstico.

En 2003 nueve de los doce comisionados emitieron un segundo informe en el que evidenciaban la desigual acogida de sus recomendaciones por parte de los Gobiernos de Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte, y pedían a los miembros del Parlamento, las organizaciones sociales y las personas implicadas que renovaran sus esfuerzos para promover la implementación de las recomendaciones de la Comisión (Sutherland *et al.*, 2003).

Francia ha reformulado su sistema de protección a la dependencia a raíz de los desastrosos efectos de la ola de calor en el verano de 2003, que provocó la muerte de más de 15.000 ancianos, generando una auténtica conmoción en la ciudadanía, al poner en evidencia las carencias de su sistema de protección a las personas más frágiles. La reforma ha incidido especialmente en el reforzamiento del modelo sanitario de atención geriátrica y en la creación de dispositivos estables de coordinación. Se ha potenciado el papel del médico de atención primaria como primer interlocutor del paciente geriátrico, y se han creado nuevos dispositivos de atención, como las consultas geriátricas especializadas y los equipos multidisciplinares de evaluación geriátrica. La denominada “red de salud”, estructurada como un modelo de coordinación sociosanitaria, se encarga de organizar una respuesta de proximidad adecuada a las necesidades de la persona, basada en la continuidad de los cuidados, la complementariedad de los servicios sanitarios y sociales, la formación geriátrica transdisciplinar, la educación de las personas mayores y sus cuidadores informales, el diseño de protocolos consensuados y las actividades preventivas.

Holanda, Dinamarca y Suecia también han abordado reformas en profundidad, dirigidas a distribuir de una forma más racional las responsabilidades de los sistemas social y sanitario en el abordaje de las situaciones de dependencia. Así, por ejemplo, Suecia llevó a cabo en 1992 la denominada Reforma Adel, que impulsó la descentralización municipal de la atención a las personas mayores con dependencia con el objetivo de facilitar la integración de los servicios sanitarios y sociales. Con esta reforma se ha conseguido reducir los usos sanitarios del sistema de atención a las personas mayores con dependencia, y se ha retrasado la necesidad de institucionalización, mediante el desarrollo de un modelo de atención domiciliaria multidisciplinar. En Dinamarca se ha abordado un proceso de integración de los servicios sanitarios y sociales basado en equipos integrados de

intervención y en gestores de caso municipales, que coordinan los servicios y los suspenden cuando el cliente está hospitalizado, de vacaciones o cuando visita a sus familiares.

En Grecia, los centros asistenciales abiertos para las personas mayores (conocidos por las siglas KAPI) prestan de forma integrada servicios sanitarios preventivos y ayuda psicosocial, tanto en el propio centro como mediante atención domiciliaria. El equipo profesional de estos centros comprende trabajadores sociales, personal médico, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y ayudantes familiares.

En el marco del proyecto de investigación internacional PROCARE (Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores), cofinanciado por el V Programa Marco de la Unión Europea, se han analizado los modelos de atención sociosanitaria en Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, los Países Bajos y el Reino Unido. Los resultados de este análisis se han recogido en un informe, coordinado por el Dr. Kai Leichsenring, del Centro Europeo de Investigación en Política Social (European Centre for Social Welfare Policy and Research), cuya versión en castellano ha sido publicada por el Observatorio de Personas Mayores en su boletín Perfiles y Tendencias (Leichsenring, 2005). Las principales conclusiones de esta investigación son las siguientes:

- Las reformas para integrar los servicios sanitarios y de asistencia social deben fundamentarse en la integración de los sistemas de financiación y en la superación de las barreras institucionales, en especial entre la asistencia ambulatoria y hospitalaria, entre los servicios sanitarios y de asistencia social, y entre la asistencia profesional y no profesional.
- El reconocimiento geriátrico y la evaluación pluridimensional, que forman parte de la modernización del sistema en muchos países, pueden incorporarse a la práctica sin demasiada dificultad, cuentan con un alto grado de aceptación, y ayudan a implicar a diferentes clases de profesiones y a mejorar la comunicación entre ellas.
- La asistencia integrada, regida por la demanda, tiene que esforzarse por aumentar el control de los clientes sobre el proceso asistencial, mediante presupuestos individualizados u otros instrumentos que incrementen su poder de compra y de negociación.
- Los programas de innovación promovidos por el gobierno central pueden estimular las iniciativas privadas y locales. Es decisiva una visión de apoyo que vaya más allá de la noción tradicional de asistencia, y que integre asistencia y enfermería, viviendas adaptadas, recursos locales y servicios de asistencia social. Las iniciativas descendentes deben servir de apoyo a los procesos de cambio ascendentes.
- La existencia de puntos focales para asesorar, informar y ayudar es útil para apoyar a los clientes en la clarificación de sus necesidades de asistencia y para mejorar la cooperación entre las diferentes organizaciones, que operan según lógicas distintas y tie-

nen tipos de personal diferentes. Es de la máxima importancia ayudar al personal a desarrollar una nueva comprensión del trabajo de los demás sectores.

- El éxito de los proyectos piloto depende a menudo del compromiso del personal implicado, de la claridad de objetivos, competencias y directrices, y del marco estructural de los proyectos, que puede facilitar el proceso de integración, como ocurre cuando la asistencia institucional, la ayuda a domicilio y la asistencia sanitaria a domicilio las gestiona el mismo organismo. No obstante, es necesario tener en cuenta que los procesos de cambio consumen mucho tiempo, y pueden pasar años hasta que se logren resultados tangibles.

Fuera del entorno europeo también existen experiencias de las que podemos extraer importantes aprendizajes. Una de ellas, de gran interés en el campo de la integración de los servicios sociales y los servicios sanitarios para mejorar la atención de las personas que padecen enfermedades crónicas y se encuentran en situación de dependencia, es el proyecto SIPA, una iniciativa experimental que se llevó a cabo en dos zonas de Montreal (Québec, Canadá) entre 1999 y 2002, con el objetivo de desarrollar y validar un modelo dirigido a la atención integrada de las personas mayores frágiles. Las características básicas de este modelo, que han sido referidas por la Fundació Institut Català de l'Envel·liment en el informe Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España (2004:98-9), son las siguientes:

- Un sistema integrado de cuidados y de servicios, que se desarrolla en el entorno comunitario y ofrece un amplio conjunto de servicios sociales y sanitarios, tanto de atención primaria como hospitalaria.
- Una gestión unificada de casos, que integra todos los servicios que tienen responsabilidad clínica sobre las personas mayores frágiles (servicio de ayuda a domicilio, servicios hospitalarios, rehabilitación de larga duración, etc.).

La integración de los distintos servicios sociales y sanitarios incluidos en el SIPA se realizó mediante la figura del gestor de casos (que podía ser un profesional de enfermería o un trabajador social), integrado en un equipo multidisciplinar, que se encargaba del seguimiento de los usuarios y de la coordinación de las actuaciones de los distintos servicios implicados. La evaluación realizada tras la finalización del proyecto puso de manifiesto que el gestor de casos se reveló como una figura capaz de coordinar y movilizar los distintos servicios sociales y sanitarios de un modo rápido y flexible.

En el año 2003 el Programa de Atención Domiciliaria del sistema de salud de Québec asumió la mayor parte del personal que había participado como personal específico del proyecto SIPA, así como la responsabilidad de continuar con su metodología de integración de servicios.

Otra referencia de interés, también recogida por la Fundació Institut Català de l'Envel·liment (2004:99-101), la proporciona el Programa Atención Integral para Personas en Edad, PACE (*Program of All-inclusive Care for the Elderly*), desarrollado en los Estados Unidos, que ofrece atención de salud y servicios conexos a las personas mayores de 55 años que han sido certificadas como personas que requieren atención de salud en el hogar. El PACE es un dispositivo de entrega de servicios que enfoca su atención al cuidado preventivo de salud y a ayudar a los individuos a permanecer en la comunidad y fuera del sistema institucional por el mayor tiempo posible. Ofrece, entre otros servicios, atención médica básica, servicios dentales, podología, rehabilitación, cuidados personales, atención social, comidas, transporte adaptado y ayuda para vivienda. Los servicios que ofrece PACE están financiados por Medicare (un programa de seguro médico para personas de la tercera edad y trabajadores discapacitados jóvenes, gestionado por la Administración del Seguro Social) y Medicaid (un programa de seguro médico para familias de bajos ingresos y para las personas de la tercera edad que necesitan cuidados médicos en casas de asistencia, financiado con fondos tanto estatales como federales, y gestionado por cada Estado).

Los centros PACE, que funcionan como unidades de atención ambulatoria, realizan la gestión de casos y organizan la prestación de los distintos servicios sociales y sanitarios a partir de un plan de actuación individualizado. Los servicios PACE se pueden recibir en un centro de cuidado diurno para adultos, en el propio domicilio o en clínicas pequeñas.

El modelo PACE ha resultado muy efectivo como mecanismo de integración, al permitir una mayor flexibilidad en la asignación de recursos y facilitar la coordinación y la continuidad de los cuidados entre los distintos servicios. El modelo de trabajo en equipo multidisciplinar se ha revelado como el aspecto clave para alcanzar una integración eficaz. Las evaluaciones realizadas comparando individuos inscritos a centros PACE con otros que no participaban en el programa y que presentaban condiciones funcionales similares indican que el PACE fomenta la disminución del uso hospitalario, tanto por lo que se refiere a número de admisiones (hasta un 50% menos), como al número de días de estancia media (entre tres y cuatro días menos). Los participantes en el PACE presentan una probabilidad menor de ingreso en un centro residencial (un 20% menos) y registran una mayor utilización (93%) de los servicios de atención primaria frente el grupo control (74%).

4. La diversidad de enfoques en el desarrollo de la atención sociosanitaria y la búsqueda de un modelo común

Como muestran las experiencias desarrolladas tanto en España como en otros países, las formas de enfrentar el problema de la falta de coordinación entre el sistema social y el sanitario son múltiples. El análisis de esas experiencias permite distinguir varios enfoques o modelos diferentes en el desarrollo de la atención sociosanitaria.

4.1 El enfoque de integración

Un primer modelo es el de integración, que apuesta por la creación de una nueva red, la “red sociosanitaria”, que permita un óptimo nivel de integración en la prestación de recursos. Este fue el modelo adoptado por Cataluña para desarrollar su programa sociosanitario Vida als anys, que surgió con el propósito de integrar los servicios sociales y sanitarios para ofrecer la atención global que demandaba un colectivo con necesidades específicas, y el que se planteó en Galicia hasta la separación de las Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales. También es el modelo que inspiró la reforma Adel de Suecia, a partir de la que se integraron en los ayuntamientos algunos de los servicios sociosanitarios, como las residencias asistidas, la asistencia médica de larga duración, los servicios de atención domiciliaria y el soporte social a pacientes en hospitales de agudos para asegurar un alta adecuada, dentro de un mismo presupuesto y una misma responsabilidad institucional (Rodríguez Cabrero y Montserrat Codornú, 2002:32).

El modelo de integración, a pesar de la evidencia empírica en su favor procedente de otros países, no ha sido una opción mayoritaria en España por los obstáculos de índole diversa que presenta, relacionados con la distinta cultura profesional de los sectores sanitario y social, los distintos grados de cobertura, los diferentes mecanismos de financiación empleados y la pluralidad de los niveles de gobierno implicados (Casado-Marín, 2006:140).

4.2 El enfoque de coordinación sociosanitaria

Un segundo modelo es el de coordinación sociosanitaria. Este modelo promueve la coordinación y complementariedad entre servicios sociales y sanitarios, sin crear recursos nuevos. Para este enfoque, que parte de la existencia de dos espacios diferenciados, el social y el sanitario, entre los que se produce un fuerte solapamiento, los diferentes dispositivos de atención a las personas dependientes deben actuar de forma coordinada, sobre la base del respeto a las competencias de cada una de las redes y de la necesaria integración funcional entre ellas para obtener las mayores sinergias. La atención sociosanitaria se concibe, así, como la confluencia de la actividad de atención que desarrollan la red sanitaria y la red social para dar una respuesta integrada a las personas que necesitan a la vez atención sanitaria y social.

En España se ha optado mayoritariamente por este enfoque, del que son ejemplos el acuerdo marco de cooperación suscrito en 1993 entre el Ministerio de Asuntos Sociales y el de Sanidad y Consumo, y los Planes Sociosanitarios de Castilla y León, País Vasco y Extremadura, entre otros. Los esfuerzos no se han centrado, por tanto, en la constitución de una red sociosanitaria diferenciada de las redes sanitaria y social existentes, sino en la coordinación de las dos redes actuales bajo el principio de la integración funcional de ambas para dar una mejor respuesta a las necesidades de las personas que presentan problemas a los que no es posible dar una solución mediante la aplicación de medidas exclusivamente sanitarias o sociales. Entre los instrumentos de coordinación e integración funcional que permiten hacer efectivo un modelo de atención sociosanitaria capaz de dar respuesta a las necesidades de estos grupos de personas se ha intentado establecer un sistema de acceso único, una cartera de servicios unificada, un sistema de información compartido y una planificación conjunta (Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, 2005:23).

Una variante del modelo de integración es el de gestión de casos, que busca mejorar la accesibilidad a los servicios, optimizar los resultados de los cuidados y lograr una combinación y distribución de servicios más eficiente. La gestión de casos supone una aproximación holística, una estrategia de resolución de problemas y una interacción dinámica entre el gestor, el cliente y los proveedores. El eje de este modelo es la figura del “gestor de casos”, responsable de valorar la situación de cada usuario y adscribir los recursos necesarios. Ejemplos de este modelo son iniciativas como el SIPA canadiense y el PACE estadounidense. También lo son figuras como el coordinador de caso de Castilla y León o la enfermera de enlace de la Comunidad Andaluza, que se dedica a coordinar la continuidad de cuidados y la continuidad entre los niveles de atención primaria y especializada de los pacientes con pluripatologías, terminales, oncológicos o discapacitados.

4.3 El enfoque de coordinación intrasectorial

Un tercer modelo es el de coordinación intrasectorial. En este modelo el desarrollo de la atención sociosanitaria se realiza de forma independiente en cada uno de los dos sistemas. Dentro del sistema sanitario se desarrollan una serie de recursos específicos para las personas con enfermedad crónica cuya atención tiene un alto componente de cuidados personales, y dentro del sistema de servicios sociales se refuerza el soporte sanitario en función de las necesidades específicas de salud de las personas dependientes.

Un ejemplo de la sectorización en el campo sanitario es el programa PALET de la Comunidad Valenciana. En el campo de los servicios sociales en casi todas las comunidades autónomas se han desarrollado planes de actuación para distintos colectivos que permiten ordenar los recursos, incrementar la dotación y la cantidad y calidad de los servicios, pero sin ningún lazo de unión con los servicios sanitarios.

4.4 La búsqueda de un modelo común

Sin embargo, a pesar de todas estas tentativas, todavía estamos lejos de haber logrado instaurar en España una atención sociosanitaria satisfactoria, que garantice de forma efectiva y generalizada la continuidad de los cuidados, pues, como ha señalado Casado-Marín (2006:140), “la articulación sociosanitaria ha constituido más un deseo que una realidad en nuestro país”.

En efecto, no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sanitarios y sociales, y tampoco verdaderos sistemas de provisión integrada de estos servicios. No es extraño, por ello, que se sucedan desde diferentes ámbitos los llamamientos para que se aborde de forma decidida el desarrollo de la atención sociosanitaria. Tampoco son infrecuentes las denuncias acerca del deterioro de la oferta sociosanitaria, como la realizada por el ex Síndic de Greuges de la Comunidad Valenciana Bernardo del Rosal, que elaboró meses antes de su salida de la institución, el pasado mes de abril, un informe sobre el estado de los servicios sociosanitarios valencianos en el que denunció que los ancianos, los enfermos mentales y los enfermos crónicos son los colectivos más desatendidos por la Generalitat. El informe se elaboró a partir de un cuestionario realizado a trabajadores y usuarios que precisaron la intervención de los servicios sociosanitarios en 2004 y en el primer trimestre de 2005, e ilustra la grave decadencia y declive de estos servicios en casi todos los hospitales valencianos (El País, 2006).

La oportunidad que, para avanzar en la construcción de un modelo común, podría haber supuesto el desarrollo de la prestación sociosanitaria prevista en el artículo 14 de la Ley 63/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha resultado por el momento

fallida, pues, como ya se ha indicado, no se ha abordado la regulación de esta prestación en 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. De acuerdo con las razones alegadas para justificar esa no regulación, a las que también se ha hecho referencia, la reciente aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, debería desbloquear ese desarrollo.

De acuerdo con las lecciones aprendidas de otras experiencias, las estrategias que se desplieguen para avanzar en la construcción del espacio sociosanitario deben recurrir a diferentes formas de apalancamiento, y han de abordar los problemas que dificultan la integración funcional de los sistemas social y sanitario en varios ámbitos interdependientes, entre los que destacan el financiero, el administrativo, el organizativo, el de la prestación de servicios y el clínico.

5. El nuevo marco legal de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: oportunidades y desafíos

La aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, supone un importante cambio en el contexto de la atención sociosanitaria, al establecer un nuevo derecho universal de ciudadanía a la protección ante las situaciones de dependencia que reducirá la tradicional asimetría y desequilibrio existente entre los servicios sociales y el sistema sanitario en lo referente a generación de derechos y disponibilidad de recursos.

La Ley 39/2006 centra sus objetivos en la constitución del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, estableciendo un catálogo de servicios de fuerte perfil social, que se regulan (artículo 15.2) “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”, pero no aborda con suficiente claridad ni grado de detalle los múltiples aspectos que sería necesario contemplar para lograr una auténtica promoción de la autonomía personal de las personas dependientes ni define el papel que deberá jugar el Sistema Nacional de Salud en la atención de la dependencia.

La dimensión sociosanitaria está presente en la Ley, que establece, en su artículo 11.1.c), que corresponde a las comunidades autónomas establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, creando, en su caso, los órganos de coordinación que proceda. Sin embargo, aparte de esta previsión y de la inclusión como principio inspirador 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, lo cierto es que la Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia ha pasado bastante de puntillas sobre el importante tema de la atención sociosanitaria, y ello a pesar de que los posicionamientos de los diferentes actores sociales, tanto antes de que se diese a conocer el anteproyecto de ley como durante la fase de consultas del anteproyecto, y después de que el Gobierno enviase el proyecto de ley al Parlamento, insistieron en la necesidad de aprovechar la ocasión para establecer un auténtico esquema de coordinación sociosanitaria.

En sus propuestas para la creación de un sistema público de atención a las personas en situación de dependencia (7 de junio de 2005), Izquierda Unida señalaba que “para optimizar los recursos sociales y sanitarios y mejorar la calidad de la atención de las personas en situación de dependencia es imprescindible lograr una adecuada coordinación sociosanitaria, que aunque debe impulsarse desde la Administración General del Estado, debe ser una responsabilidad directa de las comunidades autónomas”.

La Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), que ya había defendido la oportunidad de optar por un modelo sociosanitario de atención a la dependencia que facilitara la coordinación e integración de los servicios sociales y sanitarios (CEOMA, 2003), fijaba claramente su postura al respecto en los comentarios al proyecto de ley que dio a conocer el 16 de mayo de 2006:

“Un fallo del proyecto es no afrontar la coordinación del Sistema de Dependencia con el Sistema Nacional de Salud. Es un problema abordado superficialmente como un *desideratum* a realizar cuando desde 1993 se viene planteando en varios textos legales. De la misma forma que se ha hecho con otras cuestiones importantes, se debería establecer un plazo perentorio obligando a las administraciones responsables a establecer los procedimientos necesarios para su coordinación. No hay que olvidar tampoco la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud, que tampoco lo ha afrontado desde su ámbito de actuación. Sería conveniente una disposición adicional obligando a Sanidad a desarrollar la Ley de Cohesión y Calidad en este sentido. También en este apartado se debe propiciar la expansión de la asistencia geriátrica. La mayoría de los hospitales carecen de servicio de geriatría.”

La Federación de Residencias y Servicios a Mayores del Sector Solidario (LARES) resaltaba también, en su valoración del proyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (mayo de 2006), el hecho de que no se abordase de forma decidida una cuestión tan importante como la necesaria articulación de los servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios:

“En la configuración del catálogo de servicios se echan de menos planteamientos más flexibles, polivalentes, integradores, innovadores y comunitarios. Se contemplan una serie de servicios sociales, que son fundamentales en la atención a la dependencia, pero no se incluyen servicios de carácter sanitario y sociosanitario, que también son muy importantes. Tampoco se dedica suficiente atención a la función que han de jugar los servicios de atención primaria de los servicios sociales, ni a la necesaria articulación de los servicios sociales y sanitarios en el nivel local.

A lo largo del proyecto se ignora o se elude el papel que debe cumplir el Sistema Nacional de Salud en la atención de la dependencia, y tan sólo hay un par de referencias, muy genéricas, a la coordinación sociosanitaria, una en la enumeración de los

principios inspiradores de la ley [art. 3.i)], y otra en el artículo 11, en el que se confía el establecimiento de los procedimientos para dicha coordinación a las comunidades autónomas.

Se pierde una oportunidad preciosa para dotar de contenido a la prestación sociosanitaria, reconocida en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, promoviendo el desarrollo de las prestaciones de atención sociosanitaria en el ámbito estrictamente sanitario (cuidados sanitarios de larga duración, atención sanitaria a la convalecencia y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable) y de otras prestaciones sanitarias de especial importancia para las personas dependientes, como la hospitalización a domicilio. Tampoco se definen servicios como los centros sociosanitarios de alta especialización, tan necesarios para atender situaciones de crisis que no pueden ser adecuadamente resueltas por las residencias para personas dependientes, tal y como están actualmente configuradas. Y no se aprovecha para resolver ineficiencias en la asignación de recursos, como, por ejemplo, estableciendo con claridad que el sistema de salud debe asumir el coste de los servicios sanitarios que se prestan en los centros dependientes del sistema de servicios sociales.”

La falta de definición del ámbito de lo sociosanitario ha sido también criticada desde la perspectiva de que deja en manos de las comunidades autónomas la posibilidad de mercantilizar y medicalizar la atención sociosanitaria, lo que, además de no responder a las necesidades de las personas, tendría un importante impacto sobre el gasto sanitario (Martín García, 2006).

Uno de los aspectos en el que más evidente es la necesidad de implicación del sector de la salud es el relativo a la prevención. La prioridad que el Sistema Nacional de Salud debería dar a las políticas de prevención, detección precoz y rehabilitación en el marco de la atención a la dependencia había sido ya subrayada por Izquierda Unida en sus propuestas para la creación de un sistema público de atención a las personas en situación de dependencia, dadas a conocer el 7 de junio de 2005:

“Las situaciones de dependencia en muchos casos pueden evitarse, retrasarse o paliarse, la atención a la dependencia debe tener, por tanto, una fase previa: las políticas de prevención, detección precoz y rehabilitación, que deben ser asumidas como una clara prioridad por el Sistema Nacional de Salud.”

La Ley 39/2006 incluye la prevención de las situaciones de dependencia dentro de los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado que configuran el catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, “con la finalidad de prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad

y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos” (art. 21). Por su propia naturaleza, estas actuaciones de prevención no deben recaer sólo en las personas que ya se encuentran “en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos” [requisito exigido para ser titular de los derechos establecidos en la Ley 39/2006, tal y como ésta dispone en su art. 5.1.a)], sino que han de tener un ámbito de aplicación mayor, incluyendo a personas que, por su edad o situación de discapacidad, tienen un elevado riesgo de convertirse en dependientes, y en algunos casos, como la promoción de condiciones de vida saludables, al conjunto de la población.

Para la concreción y aplicación de estas actuaciones, el artículo 21 de la Ley 39/2006 remite a unos futuros planes de prevención, que deberán establecer las comunidades autónomas de acuerdo con los criterios y recomendaciones del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Algunos de los posicionamientos de los actores sociales sobre el anteproyecto de ley fueron críticos con esta remisión, al entender que suponía una renuncia a aprovechar la oportunidad de establecer una garantía efectiva del derecho a las actuaciones preventivas de aplicación individual. En ese sentido se pronunciaron el Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO), en su informe sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia³, y la Federación de Residencias y Servicios a Mayores del Sector Solidario (LARES) en su valoración de mayo de 2006⁴, en la que abogaba por que la futura ley abordase la garantía y universalización de actuaciones preventivas individuales como los tratamientos de atención temprana. En cualquier caso, es claro que la elaboración y ejecución

3 Este informe, hecho público en marzo de 2006, recoge una serie de aportaciones que los integrantes del SIPOSO hicieron también a otras fuentes, y de hecho los textos que a continuación se transcriben figuran, en su literalidad en otros posicionamientos como el informe de CEOMA sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia de 14 de febrero de 2006: “Las atenciones individuales y determinadas de prevención de las discapacidades –y por ende de las situaciones de dependencia– deben recibir el mismo tratamiento normativo en el Sistema que los otros servicios del catálogo; en tal sentido no consideramos justificado que se remitan al futuro Plan de Prevención de las Situaciones de Dependencia. Las atenciones preventivas de aplicación individual que no están garantizadas dentro del Sistema Nacional de Salud, como los tratamientos de atención temprana, deben adquirir ese estatus jurídico mediante el Sistema Nacional de Dependencia. Para las garantizadas bastarían las oportunas remisiones normativas.”

4 “A pesar de su título, el proyecto no aborda de forma comprensiva los múltiples aspectos que sería necesario contemplar para lograr una auténtica promoción de la autonomía personal de las personas dependientes. Aunque contempla como objetivo de la atención a las personas en situación de dependencia el facilitar una existencia autónoma en el medio habitual de vida, todo el tiempo que la persona desee y sea posible, e incluye un servicio de prevención de las situaciones de dependencia dentro del catálogo de servicios del Sistema Nacional de Dependencia, no enumera ni define los contenidos concretos de este servicio, más allá de declarar su finalidad (...), remitiendo a un futuro Plan de Prevención de las situaciones de dependencia, que será elaborado por el Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia. El proyecto no hace ninguna alusión a actuaciones preventivas de aplicación individual que actualmente no están garantizadas dentro del Sistema Nacional de Salud, como es el caso de los tratamientos de atención temprana, y que deberían haberse garantizado y universalizado con la futura ley.”

de los planes de prevención a los que se refiere el artículo 21 de la Ley 39/2006 deben aprovecharse para dotar de contenido el servicio de prevención de las situaciones de dependencia y para reforzar la implicación del Sistema Nacional de Salud en la política global de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

El desarrollo de la atención geriátrica dentro del Sistema Nacional de Salud ha sido otra de las demandas formuladas reiteradamente por los actores sociales en relación con la dependencia. Entre los pronunciamientos más claros en este sentido cabe citar el de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, para la cual “es impensable que se pueda llevar a cabo la futura Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia sin un desarrollo paralelo de la atención geriátrica, tanto para poder prevenir dependencias como para atender adecuadamente las múltiples situaciones de necesidad asistencial específica de las personas dependientes” (CEOMA, 2006a), y el de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, que en su informe sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (marzo de 2006) señalaba que “esta futura Ley debería de exigir al SNS el desarrollo paralelo de un plan de atención geriátrica en su futura y ya próxima a aprobar Cartera de servicios común a todo el Estado, tanto para la prevención como para la atención al componente sanitario de la dependencia, y que ello fuera incluido en el catálogo de prestaciones del SND. Así, por ejemplo, lo hace la citada Cartera con la asistencia psiquiátrica y con la atención paliativa a enfermos terminales, con un desarrollo coordinado en atención primaria, especializada y sociosanitaria. Todo ello encajaría, además, en el desarrollo pendiente de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Se terminaría así con las grandes diferencias territoriales ahora existentes en el campo de la atención geriátrica. Diferencias que influirán decisivamente para que también se produzcan inequidades territoriales en los servicios sociales, algo que este Anteproyecto de Ley dice que se debe evitar”.

Los pronunciamientos de los actores sociales también han insistido en la necesidad de introducir cambios en los modelos de intervención que faciliten la continuidad de los cuidados, como la metodología de gestión de casos, que se ha demostrado eficaz para la atención a las personas en su entorno comunitario (lo que requiere esfuerzos adicionales de coordinación de servicios en comparación con la atención residencial) y es especialmente apropiada para la atención de personas con múltiples problemas y necesidades, que necesitan definir, localizar y obtener servicios de diferentes sistemas de atención y agentes proveedores. La introducción de la figura del gestor de casos ha sido defendida por las organizaciones corporativas de la enfermería⁵ y del trabajo so-

5 Así, por ejemplo, la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA), en su posicionamiento sobre el papel de la enfermería familiar y comunitaria ante el proyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia (mayo de 2006), indicaba que “la enfermera comunitaria puede ser la gestora de los casos, y establecer, junto al resto del equipo multidisciplinar, el plan de cuidados del paciente y las actuaciones coordinadas con los servicios sociales. Esta gestión de casos conllevaría la valoración del enfermo dependiente, la determinación del acceso a los recursos sanitarios y/o sociales y la derivación al nivel de atención preciso”.

cial⁶, en tanto que implica la existencia de una figura profesional que acompaña a la persona y a su familia, desde el momento mismo de la valoración de su situación y de la elaboración del plan individual de cuidados, a lo largo de todo su proceso de dependencia, buscando y gestionando los servicios y programas que sean más adecuados en cada momento, evaluando permanentemente los resultados obtenidos.

Aunque muchas de las demandas y expectativas de los actores sociales en relación con la coordinación sociosanitaria, la garantía de derecho a las actuaciones preventivas de aplicación individual o el desarrollo de un plan de atención geriátrica no han sido recogidas explícitamente en la Ley, lo cierto es que su aprobación supone nuevos desafíos y proporciona, a la vez, oportunidades para el desarrollo de la atención sociosanitaria. En el apartado siguiente se hacen algunas propuestas sobre las contribuciones que, desde el sector de la salud, pueden hacerse para afrontar los desafíos y aprovechar las oportunidades que ha abierto este nuevo escenario.

6 En una comunicación presentada al VI Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social, celebrado en mayo 2006, María Jesús Arriola y Uxue Beloki abogan por que la gestión de casos en el ámbito de la dependencia se encomiende a los profesionales del trabajo social: “Como reto principal para el abordaje de las situaciones complejas que está suponiendo la dependencia en el seno de la familia, planteamos la necesidad del desarrollo del perfil profesional del gestor de casos de trabajo social, así como su incorporación en el sistema de servicios sociales y la promoción de los cambios en la cultura organizativa necesarios para su implantación efectiva.”

6. Propuestas para las contribuciones desde el sector de la salud a la promoción de la autonomía personal y la atención de las personas en situación de dependencia

6.1 Prevención, detección precoz, atención temprana y rehabilitación

Las evidencias empíricas, tal y como se ha señalado en el primer capítulo de este informe, son claras en el sentido de que las situaciones de dependencia pueden en muchos casos evitarse, retrasarse o paliarse. La atención a la dependencia debe tener, por tanto, una fase previa, constituida por las políticas de prevención, detección precoz, atención temprana y rehabilitación, que deben ser asumidas como una clara prioridad por el Sistema Nacional de Salud.

El conocimiento de la incidencia de los diferentes factores etiológicos de las situaciones de dependencia es esencial para una adecuada formulación de las políticas de prevención y para la idónea asignación de los recursos que se dedican a la ejecución de estas políticas. Llama la atención, por ejemplo, la desproporción existente entre la importancia cuantitativa que tienen, como factor generador de la discapacidad, los accidentes domésticos y de ocio, y la escasa magnitud de los esfuerzos que se hacen para prevenirlos frente a los que se dedican, por ejemplo, a financiar campañas dirigidas a evitar los accidentes laborales y los accidentes de tráfico. También es llamativa la importancia que tiene la enfermedad común como factor generador de discapacidad y, por ende, de dependencia. Los datos indican que procesos como la artritis reumatoide, las afecciones cardíacas, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades mentales son los principales causantes de las discapacidades en la población española (Jiménez Lara y Huete García, 2003:115). El sector de la salud debe incorporar como prioridad la investigación epidemiológica de las situaciones de dependencia, dirigida a conocer sus causas mediatas e inmediatas, identificar factores y perfiles de riesgo y validar la eficacia de las intervenciones preventivas.

La Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, establece que el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los planes de prevención de las situaciones de dependencia que elabo-

ren las comunidades autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores. Tanto en la elaboración de estos planes como en la fijación de los criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que ha de acordar el Consejo Territorial, es fundamental la implicación de las autoridades sanitarias. De igual manera, resulta imprescindible un compromiso decidido en su ejecución por parte del Sistema Nacional de Salud.

El Reglamento del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, aprobado el día 22 de enero de 2007, contempla la posibilidad de que la Comisión Delegada cree cuantos grupos de trabajo y ponencias considere necesarios para la preparación, estudio y desarrollo de las cuestiones sometidas a su conocimiento, a las que podrán incorporarse los expertos necesarios. La creación de un grupo de trabajo sobre prevención de las situaciones de dependencia parece una vía adecuada para abordar la definición de los criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que, en relación con los planes de prevención que habrán de elaborar las comunidades autónomas, corresponde aprobar al Consejo Territorial.

La Ley 39/2006 establece también, en su disposición adicional decimotercera, que en el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se promoverá la adopción de un plan integral de atención para los menores de tres años en situación de dependencia, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar atención temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales. El sector de la salud ha de jugar un papel esencial en la elaboración y ejecución de ese plan.

Al igual que en el caso de los planes de prevención, sería oportuna la creación, por parte de la Comisión Delegada del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de un grupo de trabajo o ponencia sobre atención a los menores de tres años en situación de dependencia, que impulse la elaboración del plan integral cuya adopción se debe promover en el seno del Consejo Territorial. La acción preventiva de los factores de riesgo de las discapacidades se realiza por una doble vía, pues, además de las acciones de alcance colectivo, como las buenas prácticas en la asistencia sanitaria, las medidas medioambientales o la educación para la salud, han de realizarse también actuaciones individuales, como el consejo genético, los tratamientos de atención temprana o la rehabilitación subsiguiente a una fractura de cadera o a un accidente cerebrovascular. Sin embargo, la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia no hace ninguna alusión a las actuaciones preventivas de aplicación individual que actualmente no están garantizadas dentro del Sistema Nacional de Salud, como es el caso de los tratamientos de atención temprana, o que sólo lo están en parte. La configuración del acceso a la atención temprana y a las demás actuaciones preventivas de aplicación individual como un derecho subjetivo sería una aportación esencial a la promoción de la autonomía personal desde el ámbito de la salud. El Sistema Nacional de Salud debe garantizar también, con las fórmulas adecuadas, las atenciones preventivas de alcance colectivo.

6.2 La construcción del espacio sociosanitario

Deben incrementarse los esfuerzos dirigidos a constituir un espacio sociosanitario que garantiza la continuidad de los cuidados que necesitan las personas dependientes. Conviene precisar que no se trataría tanto de crear un espacio sociosanitario “real” (pues sería paradójico que los intentos de solucionar la descoordinación entre el sistema sanitario y social llevaran a la existencia de tres espacios administrativos de provisión de servicios diferenciados, el social, el sanitario y el sociosanitario), sino de articular un espacio sociosanitario “virtual”, basado en un esquema de gestión de casos, en el que el gestor de cada caso concreto, al margen de su dependencia administrativa, sanitaria o social, pueda, con la participación de la persona dependiente o de su familia, coordinar los cuidados sociosanitarios que en cada caso se precisen. El objetivo es transformar el actual modelo de competencias fragmentadas en un modelo de responsabilidad compartida, centrado en las necesidades del usuario. Este objetivo es coherente con las estrategias para la mejora de la atención primaria de salud formuladas recientemente en el marco del Proyecto AP21 y, en particular, con la estrategia 27, Mejorar la coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales, que apuesta por promover una visión comunitaria de la asistencia y la coordinación y comunicación entre las diferentes administraciones implicadas en la atención sanitaria y la atención social; favorecer políticas de comunicación y divulgación entre los sectores sanitario y social, adquiriendo compromisos conjuntos; promover la figura de gestor de casos dentro del sector sanitario para la coordinación de la atención individualizada a cada persona; favorecer la participación de las asociaciones de enfermos y familiares en los programas de autocuidado; impulsar la complementariedad de las acciones del sistema sanitario, los ayuntamientos y las organizaciones no gubernamentales que realizan actividades en los domicilios; e impulsar la figura del trabajador social en atención primaria para mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006b:36).

La Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia ha previsto, en su artículo 29, el establecimiento de un programa individual de atención, en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades de cada persona en situación de dependencia entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen. Aunque la Ley encomienda el establecimiento del programa individual de atención a los servicios sociales correspondientes al sistema público, sería oportuno que tanto en la fijación como en la puesta en marcha, aplicación y seguimiento de este programa participasen también profesionales del sector de la salud. En ese sentido han dado ya pasos algunas comunidades autónomas, como Castilla y León, que incorpora la valoración de la dependencia y la gestión integrada del programa individual de atención y de los planes de cuidados sanitarios formulados para cada usuario dentro de los procesos integrados que abordan los equipos de coordinación de base.

La integración de la perspectiva social y sanitaria en la evaluación de las necesidades y la fijación de los planes individuales de atención mejorará la eficiencia de las actuaciones. Si sólo se evalúan las necesidades sociales, lo más probable es que sólo se prescriban los servicios, actuaciones o dispositivos que conforman el sector de la atención social, al igual que, si las necesidades sólo se evalúan desde el punto de vista médico, lo más probable es que sólo se prescriban servicios, actuaciones o tratamientos sanitarios, cuando cabe la posibilidad de que lo que el usuario realmente necesite sea una adecuada combinación de unos y otros.

El gestor de casos necesita disponer de una visión global de las condiciones individuales de la persona en situación de dependencia, que abarque los diversos aspectos de su vida que son significativos a la hora de fijar objetivos a la medida de las necesidades del usuario, planificar la atención, poner en marcha y seguir la implementación del plan de cuidados y evaluar sus resultados. Para ello, el gestor de casos debe manejar información relacionada con la salud, la situación emocional, las habilidades cognitivas, los niveles de funcionamiento, los servicios de soporte, las características del entorno físico, social y familiar y la situación económica. El gestor ha de ser capaz, además, de movilizar e integrar en el plan de cuidados los recursos disponibles en el entorno del usuario, como los cuidadores no profesionales, estableciendo las adecuadas vías de colaboración entre estos recursos y la asistencia sanitaria y social.

La implementación efectiva de la gestión de casos requiere de una serie de condiciones organizativas que hagan posible la práctica profesional. Entre estas condiciones cabe citar, siguiendo a Arriola y Beloki (2006:24), la asignación de responsabilidad a un único gestor respecto a cada caso durante todo su proceso; un número limitado de casos a atender por cada gestor, dependiendo de la intensidad de atención que cada uno de los casos requiera; un adecuado conocimiento de los recursos con los que se puede contar para dar respuesta a los diferentes casos, así como de sus características y su funcionamiento; capacidad suficiente de decisión para poder proporcionar una respuesta ágil y flexible a los problemas, y un sistema de información ágil y eficaz, que permita obtener una información continua acerca de los casos.

Parece razonable que las funciones de gestión de casos las asuman preferentemente profesionales de la enfermería y del trabajo social. Además de la formación de base con la que cuentan estos profesionales, para la gestión de casos se requiere una especialización de posgrado que permita adquirir conocimientos sobre modelos, métodos y técnicas de planificación y evaluación, y de la gestión de la calidad, así como habilidades específicas de observación y comunicación. Los gestores de casos deben estar, asimismo, capacitados para manejar las herramientas informáticas adecuadas para registrar la información, obtener datos y realizar informes (Arriola y Beloki, 2006:21).

La experiencia adquirida en los modelos de desarrollo de la atención sociosanitaria que han incorporado la figura del gestor de casos debe ser puesta en valor. La riqueza de modelos y experiencias que caracteriza a nuestro modelo de descentralización de competen-

cias debe ser aprovechada para impulsar, mediante la identificación de las mejores prácticas y el análisis de los factores críticos de éxito y fracaso, la mejora de los diversos modelos de actuación y para avanzar hacia una convergencia basada en la incorporación de los aspectos positivos y la corrección de las disfuncionalidades de cada uno de los modelos.

La constitución del espacio sociosanitario virtual al que más arriba nos hemos referido requeriría de la puesta en marcha de una serie de programas de atención sociosanitarios que, según las recomendaciones básicas de la Subcomisión de Planes Sociosanitarios (Bases para un modelo de atención sociosanitaria), deberían configurarse en torno a un modelo de atención global (es decir, que afecte a todos y cada uno de los ámbitos de actuación en los que estén implicados los recursos destinados a prestar dicha atención), integral (que aborde todos los aspectos físicos, psíquicos, sociales y económicos que inciden en la pérdida de autonomía de la persona, incluyendo la atención al cuidador principal de la persona dependiente), multidisciplinar, equitativo en el desarrollo territorial de los recursos, accesible a todos los ciudadanos de acuerdo a su nivel de dependencia, flexible y capaz de responder a las necesidades de los usuarios, cuya puerta de entrada serían los servicios de atención primaria, tanto sociales como sanitarios.

La mejora de la atención domiciliaria de salud es uno de los programas claves en este sentido. Esta mejora, que es una de las estrategias definidas en el marco del Proyecto AP21 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006b:35-6), debe lograrse a través del impulso de planes de acción de atención domiciliaria ejecutados desde la atención primaria, en los que se definan los objetivos de la atención sanitaria a las personas dependientes y sus cuidadores; la coordinación de esos planes con otros dispositivos sanitarios (hospitalización domiciliaria) y con los servicios sociales; la inclusión en la atención sanitaria domiciliaria de los cuidados sanitarios a personas dependientes, personas con discapacidades severas, pacientes con trastorno mental grave, adolescentes y jóvenes con discapacidad, personas con nutrición enteral y pacientes en situación terminal; la generalización de actividades de promoción de la salud, prevención de situaciones que generen dependencia y mantenimiento y recuperación de la capacidad para las actividades de la vida diaria; y la inclusión en los programas de atención domiciliaria de la atención a los cuidadores de personas con dependencia.

La Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia impulsará el desarrollo de una red de recursos sociales, entre los que se cuentan los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, servicios de atención diurna, que incluirán, cuando se precise, el traslado en transporte apropiado, y servicios residenciales, temporales o definitivos. Es urgente abordar, para complementar esta red de recursos sociales, el desarrollo de la cartera de prestaciones básicas y comunes del Sistema Nacional de Salud en lo que se refiere a la atención sociosanitaria. Los niveles asistenciales del sistema sanitario, teniendo en cuenta las necesidades de las personas dependientes y de sus cuidadores, podrían ser los siguientes:

- Atención primaria, configurada como el primer nivel del sistema sociosanitario, y su puerta de entrada, con programas de prevención, identificación y seguimiento de las situaciones de riesgo sociosanitario, programas de atención domiciliaria, unidades de gestión de casos de composición mixta (con profesionales del sector sanitario y del sector social) encargadas de la evaluación de necesidades, el establecimiento de un plan de cuidados y la asignación de los recursos pertinentes para llevarlo a cabo.
- Atención especializada: estructurada para favorecer la continuidad de los tratamientos y cuidados precisos, con unidades de agudos, unidades de media estancia (programas de día, hospitales de día, comunidades terapéuticas...) y unidades de larga estancia. Habría que establecer los oportunos protocolos de atención consensuados con los equipos de atención primaria que garanticen la continuidad de los cuidados, una vez producida el alta hospitalaria.

La creación de órganos, estructuras e instrumentos de coordinación ha de contar con el suficiente respaldo normativo. El modelo de las comisiones sociosanitarias de área podrían ser un buen punto de partida, siempre que se superaran las debilidades que han impedido su acción eficaz (existencia de recursos específicos que coordinar y reforzamiento de la capacidad ejecutiva para hacerlo).

También sería necesario establecer una sectorización, a nivel autonómico, en áreas sociosanitarias, haciendo coincidir los mapas sociales y sanitarios, y desarrollar mecanismos de coordinación en los niveles de área, sector y zona básica, mediante un trabajo conjunto que garantice la visión integrada de las personas dependientes, la delimitación de competencias y la comunicación entre los profesionales de atención directa, y la elaboración de criterios consensuados y flexibles de ordenación y utilización de los recursos sociosanitarios disponibles en el ámbito de actuación correspondiente (comunidad autónoma, municipio, área), estableciendo acuerdos estables sobre los sistemas de información, la valoración integral de los casos, la derivación y los indicadores de evaluación.

Además, deberían abordarse iniciativas como la descentralización en la toma de decisiones y el desarrollo de la capacidad de gestión de los profesionales de atención directa; la evaluación de la eficacia de los equipos de soporte como una de las estrategias de coordinación a valorar (PADES, ESAD, equipos sociosanitarios del Plan Nacional de Alzheimer) y, en su caso, el reforzamiento del papel de estos equipos; la promoción de experiencias piloto de gestión de casos que permita la clarificación de su estructura, funciones, dependencia y financiación, para evitar los principales factores que pueden limitar su eficacia (escasa capacidad de decisión para asignar recursos, presiones para que asuman la prestación de cuidados, dificultades para garantizar la continuidad ante la escasez de recursos); la adaptación de los contenidos curriculares de las disciplinas implicadas en la atención a las situaciones de dependencia y la mejora de la formación continuada de los profesionales del sector sanitario y del sector social, proporcionando espacios de formación interdisciplinar que faciliten una cultura de interrelación y trabajo en equipo, y

la implantación de sistemas objetivos de acreditación y evaluación de la calidad de los servicios que se ofertan desde los diferentes sectores.

Un modelo de atención sociosanitaria coherente requiere permeabilidad de los recursos de atención a la dependencia para que el sector sanitario colabore en el incremento de los servicios sanitarios que se ofertan desde la red de recursos del sector social, en un contexto de insuficiente dotación de las residencias y de los centros de día para atender las necesidades sanitarias de las personas dependientes (sus *ratios* de personal y su capacidad de oferta sanitaria son limitados, lo que determina la sobrecarga de sus profesionales y recursos para atender las necesidades crecientes de atención sanitaria que experimentan).

El sector de la salud no debe regatear esfuerzos para contribuir a la construcción de un espacio sociosanitario coherente y eficaz, capaz de responder a las necesidades existentes en materia de promoción de la autonomía personal y de atención a las situaciones de dependencia. Aunque la preocupación dominante se suele centrar en la financiación de la asistencia sanitaria y en los instrumentos para impedir la expansión de los costes, hay que tener en cuenta que entre los factores que más inciden en esa expansión se encuentran algunos que podrían ser muy sensibles a una mejora de la atención sociosanitaria, como el bloqueo de camas en establecimientos sanitarios debido a falta de alternativas sociosanitarias, la duplicación de valoraciones y reconocimientos, las referencias y derivaciones innecesarias y los efectos perversos de las altas precoces que requieren hospitalizaciones continuas.

Índice de Tablas

Tabla 1. Estimación de la distribución de personas en situación de dependencia por comunidad autónoma. Año 2005	12
Tabla 2. Estimación de la distribución de personas en situación de dependencia por comunidad autónoma. Año 2010	13
Tabla 3. Estimación de la distribución de personas en situación de dependencia por comunidad autónoma. Año 2015	14
Tabla 4. Atención Primaria de Salud. Servicios significativos en la atención a personas en situación de dependencia	16

Bibliografía

- Aguirre Elustondo, J. A. (2006), Coordinación sociosanitaria en el País Vasco. Ponencia presentada en las Jornadas Técnicas de Coordinación Sociosanitaria para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en Canarias, Santa Úrsula (Tenerife), 14 y 15 de diciembre de 2006.
- Arriola Arrizabalaga, M. J., y Beloki Marañón, U. (2006), La persona mayor dependiente y su familia: nuevas formas de relación. *Acciones e Investigaciones Sociales*, número extra sobre el VI Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social, mayo 2006.
- Casado-Marín, D. (2006), La atención a la dependencia. *Gaceta Sanitaria*, 2006; 20(Supl 1):135-42.
- Comisión de Promoción de la Salud del CERMI Estatal (2006), Manifiesto por el desarrollo e implantación de una atención sociosanitaria de calidad. Madrid, 7 de abril de 2006. Día Mundial de la Salud.
- Confederación Española de Organizaciones de Mayores, CEOMA (2003), Bases para una Ley Estatal de Protección Social de las Personas con Dependencia. Valladolid, 19, 20 y 21 de octubre de 2003.
- Confederación Española de Organizaciones de Mayores, CEOMA (2006a), Posicionamiento sobre el proyecto de Real Decreto sobre la Cartera de servicios básicos y comunes del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 9 de febrero de 2006.
- Confederación Española de Organizaciones de Mayores, CEOMA (2006b), Informe de CEOMA sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Madrid, 14 de febrero de 2006.
- Confederación Española de Organizaciones de Mayores, CEOMA (2006c), Comentarios al Proyecto de Ley de Dependencia. Madrid, 16 de mayo de 2006.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Subcomisión de Planes Sociosanitarios (2001), Bases para un modelo de atención sociosanitaria. Madrid.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2005), Informe del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado el día 5 de octubre de 2005.
- Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (2005), Plan estratégico para el desarrollo de la atención socio-sanitaria en el País Vasco, 2005-2008. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.
- Cutler, D. M. (2001), The reduction in disability among the elderly. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Vol. 98:6546-7.
- Defensor del Pueblo (2001), La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos.

- Defensor del Pueblo (2006), Informe sobre daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario.
- El País (2006), Un informe del Síndic advierte del deterioro de la oferta sociosanitaria de los hospitales. *El País*, 11 de septiembre de 2006 (Edición Comunidad Valenciana).
- Fries, J. F. (1980), Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 303:130-5.
- Fundació Institut Català de l'Envel·liment (2004), Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España. Barcelona, Edad & Vida.
- Geli, M. (2005), Les polítiques de suport a les persones amb dependència, i a les seves famílies, pilar de l'Estat del benestar. *FRC, Revista de debat polític*, nº 11, otoño de 2005.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2006), Pla Director Sociosanitari. Barcelona.
- Gruenberg, E. M. (1977), The Failures of Success, *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 55(1):3-24.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Imserso (2005), La atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Izquierda Unida (2006), Propuestas para la creación de un sistema público de atención a las personas en situación de dependencia. Madrid, 7 de junio de 2005.
- Jiménez Lara, A., y Huete García, A. (2003), Las discapacidades en España. Datos estadísticos. Madrid, Real Patronato sobre Discapacidad.
- Kramer, M. (1980), The Rising Pandemia of Mental Disorders and associated Chronic Diseases and Disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1980, Vol. 62:282-97.
- Leichsenring, K. (2005), Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea. Perfiles y tendencias, *Boletín del Observatorio de Personas Mayores*. nº 15, abril de 2005.
- Manton, K. G. (1982), Changing Concepts of Morbidity and Mortality in The Elderly Population, *Milbank Memorial Foundation Quarterly/Health and Society*, Vol. 60:183-244.
- Manton, K. G., y Gu, X. (2001), Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Vol. 98:6354-9.
- Martín García, M. (2006), Luces y sombras del proyecto de Ley de Dependencia. *El Médico Interactivo* (diario electrónico). Tribuna Abierta. El autor firma como representante de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP).
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006a), Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, SIAP. Madrid, octubre de 2006.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006b), Proyecto AP21: Marco estratégico para la mejora de la atención primaria de salud 2007-2012. Madrid, diciembre de 2006.

- Rodríguez Cabrero, G. (2002), Cuidados de larga duración en España: contexto, debates, políticas y futuro. Madrid, Unidad de Políticas Comparadas (CSIC), Documento de Trabajo 02-14.
- Rodríguez Cabrero, G., y Montserrat Codornú, J. (2002), Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Imserso.
- Royal Commission on Long Term Care (1999), With Respect to Old Age: Long-term Care – Rights and Responsibilities. A Report by the Royal Commission on Long Term Care CM4192.
- Seminario de Intervención y Políticas Sociales, SIPOSO (2006), Informe sobre el Anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Madrid, marzo de 2006.
- Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias, SEAPA (2006), Posicionamiento sobre el papel de la enfermería familiar y comunitaria ante el proyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia. Oviedo, mayo de 2006.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, SEGG (2005), Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia. Programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Madrid.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, SEGG (2006), Informe sobre el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Madrid, marzo de 2006.
- Sutherland, S, *et al.* (2003), Long-term Care: Statement by Royal Commissioners.

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.

- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M^a Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos).** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal.** Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos.** María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria.** Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España.** Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate.** José M.^a Contreras Mazarío, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada.** Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral.** Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático.** Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España.** Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español.** Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España.** Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia.** Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable.** Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.** Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos.** Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información.** Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital.** Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias.** Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contacto médico: problemas clínicos y de gestión.** Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.** Francisco Sevilla.
- 87/2006. **El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.** Pilar Rodríguez Rodríguez.
- 88/2006. **La desalinización de agua de mar mediante el empleo de energías renovables.** Carlos de la Cruz.
- 89/2006. **Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico.** Juan José Solozábal Echavarría.
- 90/2006. **Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.** Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez.
- 91/2006. **Agencia de Evaluación: innovación social basada en la evidencia.** Rafael Pinilla Pallejà.
- 92/2006. **La Situación de la industria cinematográfica española.** José María Álvarez Monzoncillo y Javier López Villanueva.
- 93/2006. **Intervención médica y buena muerte.** Marc-Antoni Broggi Trias, Clara Llubia Maristany y Jordi Trelis Navarro.
- 94/2006. **Las prestaciones sociales y la renta familiar.** María Teresa Quílez Félez y José Luis Achurra Aparicio.
- 95/2006. **Plan integral de apoyo a la música y a la industria discográfica.** Juan C. Calvi.
- 96/2006. **Justicia de las víctimas y reconciliación en el País Vasco.** Manuel Reyes Mate.
- 97/2006. **Cuánto saben los ciudadanos de política.** Marta Fraile.
- 98/2006. **Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social.** Albert J. Jovell y María D. Navarro.

- 99/2006. **El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios.** A. Prieto Orzanco, A. Arbelo López de Letona y E. Mengual García.
- 100/2006. **La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver.** Pedro Rey Biel y Javier Rey del Castillo.
- 101/2006. **Responsabilidad social empresarial en España.** Anuario 2006.
- 102/2006. **Problemas emergentes en salud laboral: retos y oportunidades.** Fernando G. Benavides y Jordi Delclòs Clanchet.
- 103/2006. **Sobre el modelo policial español y sus posibles reformas.** Javier Barcelona Llop.
- 104/2006. **Infraestructuras: más iniciativa privada y mejor sector público.** Ginés de Rus Mendoza.
- 105/2007. **El teatro en España: decadencia y criterios para su renovación.** Joaquín Vida Arredondo.
- 106/2007. **Las alternativas al petróleo como combustible para vehículos automóviles.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 107/2007. **Movilidad del factor trabajo en la Unión Europea y coordinación de los sistemas de pensiones.** Jesús Ferreiro Aparicio y Felipe Serrano Pérez.
- 108/2007. **La reforma de la casación penal.** Jacobo López Barja de Quiroga.
- 109/2007. **El gobierno electrónico: servicios públicos y participación ciudadana.** Fernando Tricas Lamana.
- 110/2007. **Sistemas alternativos a la resolución de conflictos (ADR): la mediación en las jurisprudencias civil y penal.** José-Pascual Ortuño Muñoz y Javier Hernández García.