



Evolución de la atención sociosanitaria

Por Ricardo De Lorenzo, socio-director de De Lorenzo Abogados

Desde finales de los años 80 a nuestros días, ha ido consolidándose el concepto de atención sociosanitaria a medida que **han ido ganando en importancia las políticas de protección social**, de modo que, en la actualidad nadie discute que la atención sociosanitaria debe ser una prioridad para los responsables públicos.

Y ello porque las personas mayores, frecuentemente afectadas por discapacidad y enfermedades crónicas, constituyen un colectivo que abarca a varios millones de ciudadanos. Y más que van a ser en los próximos años. Baste decir que, según previsiones del INE, para 2050, un 36% de nuestra población, superará los 65 años y habrá más de seis millones de octogenarios.

Para ellos, es fundamental que los poderes públicos ofrezcan cuidados y servicios de distinto tipo para atender sus limitaciones y sus necesidades frente a enfermedades, a procesos de rehabilitación y de convalecencia. **Es un hecho que la expectativa de vida autónoma más allá de los 65 años, va disminuyendo** y que la calidad de vida va siendo peor. Por tanto, paralelamente, las políticas públicas deberían intensificar sus actuaciones y potenciar sus infraestructuras y recursos.

El colectivo de las personas mayores requiere una especial atención, considerando siempre la diversidad de situaciones y la complejidad de sus necesidades. Así lo reclama, entre otros, el Consejo de Europa. **El concepto sociosanitaria es multivalente y, en ocasiones, se utiliza con acepciones amplias o más reducidas**, pero su definición más habitual al menos en España es, la de “conjunto de cuidados destinados a aquellas personas enfermas, generalmente crónicas que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, disminuir sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

A pesar de que las finalidades de la atención sociosanitaria son claras y perfectamente complementarias, la realidad nos ofrece oscuridades, obstáculos y sendas paralelas a la hora de hacerla realidad.

Durante décadas, las ineficiencias y solapamientos han estado a la orden del día, no sólo en España, sino en el conjunto de la Unión Europea.

Una destacada experta comunitaria, la señora Del Pérée, gerontóloga y jurista, muestra su escepticismo y sus dudas sobre si algún día **podrá establecerse una verdadera atención sociosanitaria en nuestro continente** y si habrá suficiente determinación y voluntad para dotarla de recursos económicos suficientes.

En esas dudas se mantiene también en España, por ejemplo, el Defensor del Pueblo que, en sus Informes Anuales (en especial el de 2004) describe con acierto los problemas que se acumulan para superar obstáculos entre los servicios sociales y los sanitarios cuando se trata de hacer efectiva y de garantizar la continuidad asistencial y el apoyo que demandan de ellos las familias cuidadoras.

Hay, ciertamente, problemas organizativos, pero por encima de todo, hay recelos que emergen de culturas profesionales muy diferentes y también de la ausencia de un estilo de trabajo interdisciplinar.

Si esto es cierto en el presente, también lo ha sido en el pasado reciente de nuestro sistema de protección social.

La Comisión “Abril” (Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991), al igual

que el Informe de la Royal Commission on long term care (Reino Unido, 1998), las Recomendaciones de la OCDE (A disease based comparison of Health Systems, 2003), el Informe "Key Policy Issues on long term care" (OMS, 2003), las Recomendaciones del Consejo de Ministros de la Unión Europea (especialmente, la R (98) 9) son otras tantas **muestras de preocupación por los problemas y obstáculos para coordinar**, integrar y completar los servicios que han de dar efectividad a la atención sociosanitaria.

Pero sería falsear la realidad si no se pusieran sobre la mesa algunos esperanzadores avances y algunos pasos en la buena dirección.

Centrándonos en España, hay que poner de relieve un primer Acuerdo Marco Interministerial (Ministerio de Sanidad y Ministerio de Asuntos Sociales), suscrito en 1993, estableciendo un grupo de expertos y fomentando algunas experiencias piloto en las Comunidades de Madrid, de la Región de Murcia y Comunidad Valenciana. Como señala el Libro Blanco de la Dependencia (2004), de aquél nuevo espíritu surge un discurso nuevo, un discurso de contenido sociosanitario.

Tal espíritu se refleja en dos documentos importantes: Las Bases para la Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores (1995) y Los criterios de Ordenación de Servicios Sanitarios para la atención a las Personas Mayores (1995).

Todavía, en verdad, estamos en un estadio previo a lo estrictamente sociosanitario, ya que no contemplan al sector de la discapacidad y lo que se auspicia es un modelo mejor estructurado por niveles de cuidados, atento a los **principios de integrabilidad, interdisciplinariedad y rehabilitación, pero desde una perspectiva esencialmente sanitaria**.

Todavía cerca de esta filosofía previa a lo sociosanitario, al menos en cuanto al marco protector (muy sanitario), está el Acuerdo del Congreso de los Diputados sobre "Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud" (1997), que incluye una Recomendación al Gobierno para "instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria". En cumplimiento de ello, se constituyó un Grupo de Trabajo, integrado por expertos de los Ministerios de Asuntos Sociales y de Sanidad, que abordó un estudio relativo a la prestación sociosanitaria, a los usuarios de la misma y a la coordinación, financiación e información en este mismo ámbito.

Profundizó en la Atención Sociosanitaria el Convenio Marco de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y el CERMI (2001), superador de la visión anclada en la dimensión del envejecimiento de la población.

Siguiendo esta nueva estela, hay que mencionar el III Plan de Acción de las personas con discapacidad 2009-2012, que fue aprobado por el Gobierno de España en julio de 2009, Establece la estrategia del Gobierno para este período en materia de discapacidad. Como declara en su presentación, "su objetivo es la promoción de la autonomía, para que las **personas con discapacidad se beneficien de todas las políticas en igualdad de oportunidades**, reconociendo la discapacidad como un componente de la diversidad humana, favoreciendo, de este modo, la cohesión en una sociedad compleja".

El Plan contiene objetivos y actuaciones en seis áreas de carácter finalista, indicando en cada una de ellas los Ministerios y otros organismos competentes para llevarlas a cabo: Poder y participación; Cultura; Empleo; Salud; Abusos y violencia y Protección social y jurídica

En este terreno se insertan dos leyes, antes mencionadas, que abren un nuevo escenario para la atención sociosanitaria. Se trata de la Ley 63/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de 14 de diciembre de 2006.

Antes de entrar en la descripción de cuál es la regulación de la atención sociosanitaria en España, parece obligado citar, al menos, algunos precedentes y aportaciones de las Comunidades Autónomas en este ámbito, ya que sin duda, **con una intensidad mayor o menor, han permitido evidenciar problemas y poner en marcha algunas iniciativas de distinto calado para resolverlos**.

En efecto, el alcance, la relevancia jurídica y las mejoras operativas de estas iniciativas autonómicas son muy diferentes, pero constituyen precedentes que pueden ser útiles al llegar la hora de poner en

marcha la nueva Ley de Autonomía Personal y Dependencia y los mandatos de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Estos son algunos ejemplos: Programa Vida Als Anys (Cataluña 1986); Plan Estratégico de Atención Sociosanitaria del País Vasco; Plan Foral de Atención Sociosanitaria de Navarra (2001); Plan Sociosanitario de Castilla y León (1998); Gerencia Única Sociosanitaria de Aragón; Servicio de Programas y Ordenación de Cantabria; Programa Integral Sociosanitario de Canarias (2002); Consejos de Salud en zonas básicas en Asturias; Dirección General de Atención Sociosanitaria en Extremadura; Plan Andaluz de Salud; Plan PALET (Comunidad Valenciana) (1995); Programa PASOS (Galicia, 1998).

Más recientemente, favoreciendo la atención sociosanitaria, **hay que destacar la creación de las Consejerías de Sanidad y Bienestar Social en buena parte de las Comunidades Autónomas**, al igual que el propio Ministerio que asume Sanidad y Servicios Sociales.