

Antonio Jiménez Lara  
M.<sup>a</sup> Eugenia Zabarte Martínez de Aguirre

# La regulación de la prestación socio sanitaria

Propuesta del CERMI



**CERMI**

COMITÉ ESPAÑOL  
DE REPRESENTANTES  
DE PERSONAS  
CON DISCAPACIDAD



Ediciones  
Cinca

Director: Luis Cayo Pérez Bueno

Publicado con el apoyo de:



1.ª Edición abril de 2008

© CERMI

© De la ilustración de cubierta: David de la Fuente Cuello, 2008

Reservados todos los derechos.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en las obras de la Colección *cermi.es* editadas por Ediciones Cinca, S. A., incumbe exclusivamente a sus autores y su publicación no significa que Ediciones Cinca, S. A., se identifique con las mismas.

Diseño de la Colección: Juan Vidaurre

Producción editorial,  
Coordinación técnica e impresión:  
**Grupo editorial CINCA**  
Avda. Doctor Federico Rubio y Galí, 88  
28040 Madrid  
[grupoeditorial@edicionescinca.com](mailto:grupoeditorial@edicionescinca.com)

Depósito legal:  
ISBN: 978-84-96889-21-7

Antonio Jiménez Lara  
M.<sup>a</sup> Eugenia Zabarte Martínez de Aguirre

# La regulación de la prestación socio sanitaria

## Propuesta del CERMI

Marzo 2008

En este documento se incorporan textos e ideas procedentes del documento de trabajo "El sector de la salud y la atención a la dependencia", elaborado por Antonio Jiménez Lara para la Fundación Alternativas.

## ÍNDICE

	<i>Págs.</i>
INTRODUCCIÓN.....	7
1. La promoción de la autonomía personal, la atención a la dependencia y las necesidades de atención sociosanitaria....	13
2. La coordinación de los servicios sanitarios y sociales es una necesidad ineludible.....	17
3. Las respuestas desde el sector de la salud a las necesidades de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.....	21
4. El desarrollo de la atención sociosanitaria, un empeño inconcluso .....	27
5. El nuevo escenario surgido tras la aprobación de la Ley 39/2006 y la construcción del espacio sociosanitario.....	35
5.1. Prevención, detección precoz, atención temprana y rehabilitación .....	38
5.2. La construcción del espacio sociosanitario.....	42
6. Propuesta del CERMI para el desarrollo de la prestación de atención sociosanitaria en el ámbito sanitario .....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS .....	57
Anexo I. Borrador de Real Decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria....	59
Anexo II. Cartera de servicios comunes de atención sociosanitaria .	65



# Introducción





Los cambios en la morbilidad característicos de las sociedades modernas han generado necesidades de atención con un elevado 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, nuevas técnicas de abordaje comunitario dirigidas a prevenir la aparición y el agravamiento de las situaciones de dependencia, y metodologías como la gestión de casos, que se ha demostrado eficaz para la atención a las personas en su entorno comunitario 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. 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**.

Son muchas las personas que pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los sistemas de salud y de los servicios sociales. Sin embargo, históricamente, la sanidad y los servicios sociales han vivido separados en su quehacer asistencial. La descoordinación entre ambos sistemas ha restado efectividad a las actuaciones y ha afectado de modo negativo a las personas que necesitan am-

bos servicios de forma conjunta y simultánea. En un contexto de crecimiento de las patologías crónicas y de las situaciones de dependencia y de necesidades de apoyo para la autonomía personal, se ha hecho evidente la necesidad de coordinar los servicios sanitarios y los servicios sociales para proporcionar una respuesta integral y eficaz a las necesidades de la población.

A pesar de que el tema de la construcción del espacio sociosanitario se ha instalado en el debate público y 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. Una importante oportunidad perdida en este sentido ha sido la aprobación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en el que no se ha regulado lo correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria, pese a ser una de las incluidas en el catálogo establecido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Las diferencias que presentan el sistema de salud y el sistema de servicios sociales en materia de organización, configuración jurídica y mecanismos de financiación han dificultado la coordinación. La red de salud está muy desarrollada y sus servicios tienen cobertura universal y son gratuitos para los usuarios. La red de servicios sociales, por el contrario, es bastante menos extensa, sus prestaciones no están garantizadas al ser en su mayoría discrecionales, y se financia en parte con el pago de los propios usuarios. También hay importantes diferencias en la estabilidad en el empleo y las remuneraciones de las respectivas plantillas, los protocolos de actuación, y en otros mu-

chos aspectos, que dificultan el adecuado entendimiento entre el sistema sanitario y el social. La aprobación, implantación y desarrollo 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, al establecer un nuevo derecho universal de ciudadanía que, al asegurar la protección ante las situaciones de dependencia, reducirá la tradicional asimetría existente entre los servicios sociales y el sistema sanitario en lo referente a generación de derechos y disponibilidad de recursos, aunque no en lo referente a la gratuidad, pues en los servicios y prestaciones que contempla el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se establece la participación en el coste (copago) en función de la capacidad económica de los beneficiarios.

Es paradójico que haya sido precisamente la tramitación de la Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia la razón aducida para no regular en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud la prestación de atención sociosanitaria, con el argumento de que su enfoque podría verse afectado por las previsiones de dicha Ley. Finalmente, la redacción de la Ley 39/2006 no da motivos para justificar que no se proceda de forma inmediata al desarrollo de la prestación de atención sociosanitaria en el ámbito de la salud, sino que, por el contrario, demanda su abordaje urgente, para hacer posible y dotar de contenido la colaboración entre los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establece como uno de los principios de la referida Ley.



## **1. LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL, LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA**

La demanda de cuidados para personas en situación de dependencia se ha incrementado 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 o accidentes graves, y el creciente número de personas que sobreviven a graves accidentes laborales y de tráfico, pero quedan afectadas por graves secuelas.

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, 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 atención a la dependencia y las necesidades de apoyo para la autonomía personal se conviertan en el mayor reto de la política social en nuestros días.

Paralelamente, se han multiplicado los estudios empíricos sobre la situación y características de las personas en estas situaciones, que

han demostrado que existe una estrecha relación entre dependencia, necesidades de apoyo y edad, pues el porcentaje de personas con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme se consideran grupos de población de mayor edad, aunque ese aumento no se produce a un ritmo constante, sino que se acelera notablemente en torno a los 80 años.

No obstante lo expuesto, los estudios han confirmado que las situaciones de dependencia y de necesidades de apoyo recorren toda la estructura de edades de la población, de manera que es un fenómeno que no se puede circunscribir al grupo de las personas mayores, aun cuando sean éstas las que se ven afectadas con más intensidad. 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 ir apareciendo a medida que las personas envejecen, como consecuencia de enfermedades crónicas (enfermedad de Alzheimer, artritis, osteoporosis, etc.) por condicionantes genéticos o como reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas, atribuible al proceso global de envejecimiento.

La senectud no se traduce inexorablemente en falta de autonomía personal. Hay una importante proporción de personas de edad muy avanzada que no están en situación de dependencia. Existen variables de tipo social y ambiental (además de los factores genéticos) en las que los individuos difieren entre sí, que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia. Esto quiere decir que es posible prevenirla promoviendo hábitos de vida saludables, mejorando la eficacia de los sistemas de atención de la sa-

lud, asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas y garantizando la adecuada continuidad de los cuidados.

El fenómeno 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 cualitativamente, 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 nueva delimitación 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.





## **2. LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES ES UNA NECESIDAD INELUDIBLE**

La interrelación entre salud y situaciones de dependencia y de necesidades de apoyo para la autonomía personal 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 en esta situación, 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 necesidades de la población. En este contexto, las diferentes fórmulas para abordar las respuestas socio-sanitarias 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, históricamente, la sanidad y los servicios sociales han vivido separados en su quehacer asistencial. No sólo no han sido complementarios, sino que, cuando no se han ignorado mutuamente, sus relaciones han estado inspiradas predominantemente por una lógica de enfrentamiento sustitutivo (Aguirre Elustondo, 2006: 1). La descoordinación entre ambos sistemas ha restado efectividad a sus actuaciones y ha afectado de modo negativo a las personas 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) discrecional, no garantiza servicios ni recursos y recurre en parte para su financiación, al pago 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 el social. Por todo ello, los esfuerzos de acercamiento y coordinación que han venido dándose en las dos últimas décadas 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 (2004: 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. LAS RESPUESTAS DESDE EL SECTOR DE LA SALUD A LAS NECESIDADES DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

Tal y como ha señalado la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2005: 4), el cuidado de las necesidades sanitarias 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 estas situaciones, y con mucha frecuencia, los problemas sanitarios de las personas en situación de dependencia 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 sanitaria debe tener 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 provocando la incapacidad 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 realiza recomendaciones periódicas sobre prioridades y métodos preventivos sobre la base de evidencias científicas, la morbilidad, los recursos dis-

ponibles y los resultados de la evaluación de las actividades de prevención de los equipos de atención primaria.

La atención primaria sanitaria ha incorporado, de manera generalizada, mecanismos de respuesta a las necesidades de salud de las personas en situación de dependencia, 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, 2006: 198-199) 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 todas las Comunidades Autónomas) servicios como el de atención al alta hospitalaria, cuidado de los ancianos de riesgo, de los residentes en instituciones, 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, a personas mayores en riesgo social y educación para la salud a grupos de cuidadores.

En el ámbito de la atención sanitaria especializada, la atención de las necesidades de las personas en situación de dependencia 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 que también ad-

ministran 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 Geriátrica 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 para las actividades de la vida diaria. Sin embargo, existe una gran disparidad en la dotación de estas unidades en las diferentes Comunidades Autónomas, y la creación de recursos enfocados a la rehabilitación no se ve favorecida por el claro enfoque curativo, de 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 uniformidad en la denominación de estos centros, que unas veces se designan como centros sociosanitarios (especialmente en Cataluña) y otras veces como 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 estas personas. En España existen diferentes experiencias de asistencia domiciliaria, en-

tre los 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 socio-sanitaria, *Vida als anys* (Vida a los años); los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) desarrolladas 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 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 en situación de dependencia, tema en el que, aunque se ha progresado mucho, la situación sigue siendo deficitaria. Al estar adscritas a la red de bienestar social, las residencias dependen en última estancia de atención primaria, siendo estos 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 ne-



cesita 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 de los usuarios con dependencia a los centros de especialidades o a los hospitales. 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 claves 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, pese al 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 éste y el de los servicios sociales.



#### **4. EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA, UN EMPEÑO INCONCLUSO**

En España se han desarrollado diversas iniciativas para desarrollar la atención sociosanitaria desde que, a mitad de la década de los ochenta, se puso en marcha en Cataluña el programa *Vida als anys* (Vida a los años).

La preocupación por encontrar una solución a las situaciones de descoordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales estuvo ya presente en los trabajos de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Comisión «Abril»), que, en 1991, planteó propuestas para corregir las deficiencias estructurales y la falta de coordinación entre ambos sectores.

El Plan Gerontológico Estatal de 1992 estableció la coordinación sociosanitaria como uno de sus objetivos. En el marco de su desarrollo, 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 y atención, de acuerdo

con los principios de interdisciplinariedad, integración de los servicios y rehabilitación.

Estos antecedentes fueron la base del Acuerdo Marco para la coordinación sociosanitaria firmado el 14 de diciembre de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y 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 grupos sociales. 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 de ambos sectores. Este acuerdo impulsó el debate científico y político sobre la atención a 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 poca trascendencia ante la escasez de recursos específicos que coordinar y la falta de capacidad ejecutiva para hacerlo. Con todo, el cambio de orientación 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 Cui-

dados Geriátricos), como en el 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 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 realizó un estudio sobre los usuarios y las prestaciones sociosanitarias, los sistemas de información y clasificación de usuarios, la coordinación de la atención y su financiación, 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 diseñarán por las Comunidades Autónomas, que quedaron reflejados en el documento “Bases para un Modelo de Atención Socio-Sanitaria” (2001). En este documento se plantea la estrategia de “converger en lugar de coordinar”, por entender que la convergencia se adapta más y refleja mejor el sentido de la atención sociosanitaria que la mera coordinación. La propuesta de converger implica que los sistemas sociales y sanitarios confluyan en un mismo punto, para después coordinar sus recursos en aras a conseguir una mejor y más eficaz atención a las demandas de los ciudadanos, que necesitan poder recibir estos cuidados, independientemente de quién se los proporcione, y tener acceso a ellos en igualdad de condiciones. Para hacer factible esta convergencia, el documento propone configurar un modelo asistencial que posibilite el crecimiento y desarrollo de recursos y nuevas fórmulas asistenciales.

La influencia de esta línea de trabajo se dejó sentir en el Plan Estratégico del INSALUD de 1997, que adopta como estrategia 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/o con enfermedades terminales. El departamento de Sanidad y Consumo comenzó a trabajar a principios de la presente década en la elaboración de un Plan Sociosanitario, que según anunció su entonces titular, Ana Pastor, estaría terminado en el año 2003, pero ese plan nunca llegó a aprobarse.

En este punto debe señalarse la importancia de la Ley 63/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que configura le-

galmente, por vez primera en nuestro ordenamiento sanitario, la prestación sociosanitaria. En el artículo 14 de esta Ley 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, de convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La prestación sociosanitaria se incorpora así, mediante norma con rango de ley, en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud y, como consecuencia de ello y por mandato legal, debía de haberse tomado en consideración a efectos de la definición de la cartera de servicios comunes del propio Sistema.

Sin embargo, 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 planteadas en ese sentido por las organizaciones sociales<sup>2</sup>, el contenido de la cartera de servicios de atención sociosanitaria, dejando vigente, en ese ámbito, la disposi-

---

<sup>2</sup> 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

ción 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 de atención 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 estaba tramitándose en el Congreso cuando se aprobó el Real Decreto 1030/2006, podría afectar al de esta prestación (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional

---

*constar un compromiso serio del SNS de prevención de la dependencia en el anciano frágil, en todos sus niveles de prestaciones (primaria, especializada y socio-sanitaria), 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 efectuada por la Federación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), en su toma de posición 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, en el que 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."*



de Salud, 2005). Por otra parte, desde la administración sanitaria se aduce, como justificación para no haber incorporado en la cartera los servicios correspondientes a la prestación de atención sociosanitaria, que, en cualquier caso, una parte de los mismos (cuidados paliativos, atención domiciliaria a inmobilizados, rehabilitación, salud mental, prestación ortoprotésica, atención temprana, etc.) están ya incluidos en las carteras de atención primaria y especializada. Con esa coartada se olvida, sin duda, que limitarse a asegurar la prestación de algunos de los servicios relacionados con la prestación sociosanitaria sin abordar el desarrollo de la prestación en su conjunto es una manera de vaciarla de contenido y con ello de no hacer efectivo el derecho a la misma, reconocido por ley a los ciudadanos.

En conclusión, estamos todavía 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.



## **5. EL NUEVO ESCENARIO SURGIDO TRAS LA APROBACIÓN DE LA LEY 39/2006 Y LA CONSTRUCCIÓN DEL ESPACIO SOCIOSANITARIO**

El nuevo escenario surgido tras 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, que ha supuesto 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 y la necesidades de apoyo para la autonomía personal 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, supone una oportunidad excelente para avanzar en la construcción del espacio sociosanitario. Para ello se requiere una acción decidida del sistema de salud para complementar, desde la atención sanitaria, un marco de atención a la dependencia y a las necesidades de apoyo para la autonomía personal que, sin ella, no estaría completo.

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 en situación de dependencia ni define el papel que deberá jugar el Sistema Nacional de Salud en la atención a esta realidad.

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 en este campo, 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, 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 las tomas de posición de los diferentes actores sociales, desaprovechando la ocasión para establecer un auténtico esquema de coordinación de estos servicios.

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 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 específi-*

*cos 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 personas en situación de dependencia, 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. La elaboración y ejecución de los planes de prevención a los que se refiere el artículo 21 de la Ley 39/2006 debe 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.

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 son muchas. Destacamos aquí algunas de ellas:

## 5.1. Prevención, detección precoz, atención temprana y rehabilitación

Las evidencias empíricas son claras en el sentido de que las situaciones de dependencia pueden en muchos casos evitarse, retrasarse o paliarse y su atención debe tener, por tanto, una fase previa, constituida por las políticas de **prevención, detección precoz, atención temprana y rehabilitación** (dirigida no sólo a recuperar las capacidades perdidas, sino también a promover y/o mantener las capacidades residuales), 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 estas situaciones es esencial para una adecuada formulación de las políticas de prevención y para la idónea asignación de los recursos que se dedican a su ejecución. 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 cerebro-vasculares y las enfermedades mentales son los principales causantes de las discapacidades en la población española (Jiménez Lara y Huete García, 2003: 115).

Una proporción importante de las discapacidades y dependencias están causadas por enfermedades poco conocidas e investigadas de-

bido a su baja incidencia (las conocidas como “enfermedades raras”<sup>3</sup>). En la actualidad hay catalogadas más de 6.000 patologías consideradas como enfermedades raras y dentro de cada una de ellas existe una gran diversidad de manifestaciones. Se estima que estas enfermedades, en conjunto, afectan a entre el 6 y el 8 por ciento de la población total, lo que, para España, supone una cifra de entre 2,6 y 3,5 millones de afectados. Aparte de las circunstancias específicas de cada alteración, las personas que presentan enfermedades raras sufren, entre otros problemas, desconocimiento del origen de la enfermedad, desconcierto y desorientación en el momento del diagnóstico, desinformación sobre cuidados, complicaciones posibles, tratamientos, y ayudas técnicas que puedan facilitar su vida, aislamiento y falta de contacto con otras personas afectadas, desinformación sobre especialistas o centros médicos, falta de protocolo de la enfermedad, falta de ayudas económicas, falta de cobertura legal para fomentar la investigación sobre genética, ensayos clínicos y nuevos tratamientos y falta de medicamentos específicos para tratar la enfermedad.

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 míni-

---

<sup>3</sup> Se considera enfermedad rara la que tiene una incidencia en la población menor a 5 por 10.000. En España, serían aquellas enfermedades que afectan a menos de 22.500 personas para una patología en concreto.

mas que deberán cumplir los planes de prevención de estas situaciones elaboradas por 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 los 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 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 de ese Consejo, 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, la rehabilitación de los enfermos crónicos con la finalidad de potenciar y mejorar sus capacidades residuales o la rehabilitación subsiguiente a una fractura de cadera o a un accidente cerebro-vascular. 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. Para todo ello, resulta imprescindible 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.

## **5.2. La construcción del espacio sociosanitario**

Deben incrementarse los esfuerzos dirigidos a constituir un espacio sociosanitario que garantice la continuidad de los cuidados que necesitan las personas. Conviene precisar que no se trataría tanto de crear un espacio “real” (pues sería paradójico que los intentos de solucionar la descoordinación entre los sistemas sanitario y social condujeran 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 encargado de cada caso concreto, al margen de su dependencia administrativa, sanitaria o social, pueda, con la participación de la persona en situación de necesidad o de su familia, coordinar los cuidados que se precisen en cada ocasión.

El objetivo es transformar el actual modelo de competencias fragmentadas en un modelo de responsabilidad compartida, centrado en las necesidades del usuario, que permita que las personas puedan recibir los servicios que precisan con normalidad, de tal manera que, por ejemplo, si una persona con dependencia severa precisa rehabilitación integral y de forma permanente en su domicilio o necesita que le aspiren las flemas dos veces al día y se le haga un control periódico de salud, el Sistema de Salud esté en condiciones de facilitarle ese servicio. 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, así como la coordinación y comunicación entre las diferentes administra-

ciones implicadas en la atención sanitaria y la 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, entre los servicios y prestaciones económicas previstos para su grado y nivel, las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades de cada persona en situación de dependencia, con la participación y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas, del beneficiario y/o de su familia o entidades que le representen o apoyan. 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 ya han dado pasos algunas Comunidades Autónomas, como Castilla y León, que ha incorporado 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 evaluaran las necesidades sociales lo más probable es que sólo se prescribiesen los servicios, actuaciones o dispositivos que conforman el sector de la atención social, al igual que si las necesidades sólo se valorasen desde el punto de vista médico, lo más probable es que sólo se prescribieran 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 sus necesidades, planificar la atención, poner en marcha y seguir la implementación del plan de cuidados y evaluar sus resultados. Para ello, 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, y de velar por el cumplimiento del plan de atención, pidiendo las respuestas necesarias y adecuadas al Sistema Sanitario y a los Servicios Sociales.

La implementación efectiva de la gestión de casos requiere de una serie de condiciones organizativas que hagan posible la práctica profesional. Entre ellas cabe citar, siguiendo a Arriola y Beloki (2006: 24), la asignación de responsabilidad a un único gestor para cada caso durante todo su proceso; un número limitado de casos a atender por éste, 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 postgrado 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 valorada. La riqueza de modelos y experiencias que caracteriza a nuestro modelo de descentralización de competencias debe aprovecharse 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 disfunciones 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 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, intelectuales, sociales y económicos que inciden en la pérdida de autonomía de la persona, incluyendo la atención al cuidador o asistente principal de la persona), multidisciplinar, equitativo en el desarrollo territorial de los recursos, accesible a todos los ciudadanos de acuerdo a su nivel de necesidades, flexible y capaz de responder a las demandas 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: 35-36), 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 en situación de dependencia y sus cuidadores y asistentes. Es necesaria 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 en situación de dependencia, personas con discapacidades severas, pacientes con trastorno mental, adolescentes y jóvenes y niños y niñas con discapacidad, personas con nutrición parenteral 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 prevención promoción de la autonomía personal, 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 en situación de dependencia y de sus cuidadores y asistentes, podrían ser los siguientes:

- **Atención Primaria**, configurada como el primer nivel del sistema sociosanitario, y puerta de entrada al mismo. 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 escala autonómica, 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 au-



tónoma, 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 en situación

de dependencia (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, la duplicación de valoraciones y reconocimientos, las referencias y derivaciones innecesarias y los efectos perversos de las altas precoces que requieren hospitalizaciones continuas.

## **6. PROPUESTA DEL CERMI PARA EL DESARROLLO DE LA PRESTACIÓN DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EL ÁMBITO SANITARIO**

Una importante oportunidad para avanzar en la construcción del espacio sociosanitario sería el desarrollo, en el ámbito sanitario, de la prestación de atención sociosanitaria prevista en el artículo 14 de la Ley 63/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que, como ya se ha indicado, no se abordó 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. Con la Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia aprobada y en proceso de implantación, no sólo no hay ninguna razón para no proceder a la regulación de la cartera de servicios comunes de atención sociosanitaria, sino que, por el contrario, se hace urgente y crucial el desarrollo de la prestación sociosanitaria en el ámbito de la salud, para hacer posible y dotar de contenido la colaboración entre los servicios sociales y sanitarios que es esencial para garantizar una atención integral a las personas en situación de dependencia.

Este documento incluye como anexo un borrador-propuesta de Real Decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud correspondiente a la prestación de aten-

ción sociosanitaria. El borrador retoma, actualiza y completa algunos de los textos que fueron considerados en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud durante el proceso que llevó a la aprobación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

En la regulación de la cartera de servicios comunes de atención sociosanitaria que se propone se definen las características básicas que ha de tener la prestación sociosanitaria en el ámbito sanitario (priorización del enfoque preventivo, garantía de derechos de los usuarios, orientación a las necesidades individuales, primacía del mantenimiento del usuario en su entorno y enfoque integral); se identifican las personas susceptibles de atención sociosanitaria en el ámbito sanitario (personas que, ante un proceso patológico, requieran una atención sanitaria en la que sea importante la coordinación con los dispositivos sociales para aumentar su autonomía personal, paliar sus limitaciones, atenuar su sufrimiento y favorecer su inserción social), se establece el contenido básico de la cartera de servicios de atención sociosanitaria en el ámbito sanitario y se detallan las actuaciones de atención sociosanitaria que se prestarán en el ámbito de atención primaria de salud y en el de atención especializada.

Al redactar la propuesta de regulación de la cartera de servicios comunes de atención sociosanitaria se ha tenido en cuenta que determinadas prestaciones que son fundamentales para el desarrollo del espacio sociosanitario han sido ya reguladas, con mayor o menor detalle, 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, como ocurre en el

caso de la detección precoz de situaciones de riesgo<sup>4</sup>, la atención familiar<sup>5</sup>, la atención comunitaria<sup>6</sup>, la atención paliativa a enfermos terminales<sup>7</sup>, la atención a la salud mental<sup>8</sup>, la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable<sup>9</sup> y la prestación ortoprotésica<sup>10</sup>.

El CERMI, a la vez que aporta este borrador-propuesta, reiterando la necesidad de proceder cuanto antes a la regulación de la cartera de servicios de atención sociosanitaria, quiere recordar que esa re-

---

<sup>4</sup> 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, incluye expresamente el diagnóstico precoz en el anexo II, “Cartera de servicios comunes de atención primaria”, en concreto en el apartado 3 de este anexo, “Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria” (ver especialmente los subapartados 3.1.2 c) 6.1.6, 6.5.1 d), 6.5.1.e) y 6.5.2).

<sup>5</sup> Ver apartado 3.2. del anexo II (“Cartera de servicios comunes de atención primaria”) del 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.

<sup>6</sup> Ver apartado 3.3. del anexo II (“Cartera de servicios comunes de atención primaria”) del 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.

<sup>7</sup> Ver apartado 6 del anexo III (“Cartera de servicios comunes de atención especializada”) del 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.

<sup>8</sup> La atención a la salud mental ha sido regulada en el apartado 8 del anexo II (“Cartera de servicios comunes de atención primaria”) y en el apartado 7 del anexo III (“Cartera de servicios comunes de atención especializada”) del 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.

<sup>9</sup> Ver apartado 8 del anexo III (“Cartera de servicios comunes de atención especializada”) del 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.

<sup>10</sup> La prestación ortoprotésica ha sido profusamente regulada en el anexo VI (“Cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica”) del 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.

gulación debe inscribirse en el empeño, más amplio, de construcción del espacio sociosanitario. Las estrategias que se desplieguen para avanzar en la construcción de ese espacio 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.

## 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): 135-142.

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.

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*.

Defensor del Pueblo (2001), *La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológico y otros aspectos conexos*.

- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, GAT (2000), *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid, Real Patronato sobre Discapacidad.
- Jiménez Lara, A. (2007), *El sector de la salud y la atención a la dependencia*. Madrid, Fundación Alternativas. Documento de trabajo del Laboratorio de Alternativas 111/2007.
- Jiménez Lara, A. y Huete García, A. (2003), *Las discapacidades en España. Datos estadísticos*. Madrid, Real Patronato sobre Discapacidad.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006), *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.
- Sociedad Española de Geriátrica 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.



Anexos



## **ANEXO I**

### **Borrador de Real Decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria**

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, define en su artículo 7 el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Dicho catálogo tiene por objeto, según el precepto legal, garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención y comprende, entre otras, la prestación de atención sociosanitaria. El artículo 14 de la misma Ley regula dicha prestación. El apartado 1 del precepto legal define la prestación como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. El apartado 2, relativo a los niveles de atención que, en el ámbito sanitario, tendrá la atención sociosanitaria, exige, tras salvaguardar la competencia de las comunidades autónomas para determinar tales niveles de atención, que dicha prestación comprenda con carácter básico los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la

rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Por último, el apartado 3 dispone que la continuidad de dicho servicio se garantice por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.

A su vez, el artículo 8 de la citada Ley 16/2003, de 28 de mayo, establece que las prestaciones sanitarias incluidas en el catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En el artículo 20 se regula dicha cartera de servicios definiéndola como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias incluidas en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud; a tales efectos, entiende por técnicas, tecnologías o procedimientos cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica. Establece, asimismo, que la cartera de servicios se aprobará mediante real decreto y autoriza a las comunidades autónomas a aprobar, en el ámbito de sus competencias, sus respectivas carteras de servicios, que incluirán cuando menos la cartera de servicios del mencionado Sistema.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, viene a cumplir las previsiones legales, estableciendo la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, de modo que, por un lado y conforme establece la ley, quede asegurada la efectividad de las prestaciones sanitarias incluidas en el correspondiente catálogo y, por otro, pueda adecuarse dicha cartera a los avances tecnológicos y a las necesidades cambiantes de la población cubierta por el Sistema. No obstante, el citado reglamento no incluye en la cartera de servicios comunes los correspondientes a la prestación de atención sociosanitaria, pese a estar la

misma incorporada en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. En consecuencia dicha prestación no encuentra, en la actualidad, la debida correspondencia en la cartera de servicios que configura el mínimo común que han de incluir las comunidades autónomas en sus respectivas carteras, con el riesgo consiguiente de incumplimiento del mandato de igualdad efectiva contenido tanto en el artículo 3.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, como en el artículo 23 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, regula en el artículo 15 el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia. El apartado 2 de dicho artículo dispone que tales servicios se regulan 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. Por tanto, la citada Ley 39/2006, de 14 de diciembre, no viene a sustituir las previsiones de las leyes sanitarias, sino que toma como punto de partida de su planificación asistencial la debida observancia de cuanto se contiene en dichas leyes sanitarias.

Por ello, con el fin de garantizar el completo y adecuado cumplimiento de los citados preceptos legales y al objeto de que la cartera de servicios que aprueben las comunidades autónomas responda a criterios unitarios que aseguren a los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan, procedimientos, técnicas y tecnologías comunes para hacer efectivas, en condiciones de igualdad, las prestaciones sanitarias, se hace necesario regular los aspectos que se

encuentran pendientes del debido desarrollo por vía reglamentaria. Concretamente, resulta preciso regular la cartera de servicios comunes correspondientes a la prestación de atención sociosanitaria de manera que, a través de los métodos, actividades y recursos establecidos, se haga efectiva, en condiciones de igualdad en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, la citada prestación.

La cartera de servicios contenida en este real decreto cuenta con el acuerdo previo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, han sido consultados el Consejo Nacional de la Discapacidad y el Consejo Estatal de Mayores.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día...

## D I S P O N G O

### Artículo 1. *Objeto de la norma.*

El objeto del presente real decreto es regular el contenido de la cartera de servicios comunes correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria contenida en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

En lo relativo a las características generales de la cartera de servicios comunes, al personal y centros autorizados para facilitarla, al procedimiento para la actualización de la misma, a la cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas, al sistema de infor-

mación sobre cartera de servicios y a los servicios de información a los usuarios, a la cartera de servicios de las mutualidades de funcionarios y, en general, en cuanto no esté previsto por la presente norma, será de aplicación lo dispuesto por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, así como por las normas que lo desarrollan.

*Artículo 2. Contenido de la cartera de servicios comunes correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria.*

El contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria se recoge en el anexo a la presente norma.

Por orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, podrá concretarse y detallarse el contenido de los diferentes apartados de la cartera de servicios comunes correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria recogida en este anexo.

*Artículo 3. Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas.*

Las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios correspondientes a la prestación de atención sociosanitaria que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud correspondiente a la prestación de atención sociosanitaria, que debe garantizarse a todos los usuarios de dicho Sistema.

*Disposición final primera. Título competencial.*

Este real decreto se dicta al amparo de lo previsto en el artículo 149.1.1<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup> y 17<sup>a</sup> de la Constitución española.

*Disposición final segunda. Habilitación normativa.*

Se habilita al Ministro de Sanidad y Consumo para dictar cuantas disposiciones requiera la definición, aplicación y desarrollo de lo establecido en este real decreto.

*Disposición final tercera. Entrada en vigor.*

El presente real decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el “Boletín Oficial del Estado”.



## **ANEXO II**

### **Cartera de servicios comunes de atención sociosanitaria**

En el ámbito del Sistema Nacional de Salud se suministran, a través de la prestación de atención sociosanitaria, cuidados y servicios sanitarios orientados a mejorar el estado de salud y de autonomía personal del usuario, facilitando la permanencia, en la medida de lo posible, en su domicilio o entorno social, contribuyendo a mejorar la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador o asistente y respetando tanto sus estilos de vida como sus preferencias.

#### *1. Características de la atención sociosanitaria*

Las características básicas de la prestación de atención sociosanitaria en el ámbito sanitario son:

- 1.1. La priorización del enfoque preventivo, basado en la atención durante todo el ciclo de vida de las personas, mediante programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, de la discapacidad y de la dependencia dirigidos al conjunto de la población, a grupos de riesgo o a los individuos.
- 1.2. La garantía de los derechos de los usuarios en relación a la seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo en el acceso a este tipo de atención.
- 1.3. La orientación de la atención a las necesidades individuales de las personas, teniendo en cuenta su historia de vida, sus opciones y preferencias y su entorno familiar y social.

- 1.4. La primacía del mantenimiento del usuario en su entorno frente a la institucionalización.
- 1.5. Un enfoque integral, que garantice la coordinación del conjunto de niveles y dispositivos asistenciales.

## 2. *Personas susceptibles de atención sociosanitaria*

En el ámbito sanitario la atención sociosanitaria se prestará preferentemente a las personas que, ante un proceso patológico, requieran una atención sanitaria en la que sea importante la coordinación con los dispositivos sociales para aumentar su autonomía personal, paliar sus limitaciones, atenuar su sufrimiento y favorecer su inserción social.

Pueden ser calificadas como personas susceptibles de esta atención, previa valoración, las siguientes:

- 2.1. Pacientes inmovilizados.
- 2.2. Enfermos terminales.
- 2.3. Enfermos convalecientes postquirúrgicos o convalecientes de procesos agudos.
- 2.4. Personas con trastornos mentales, conductuales y adictivos severos.
- 2.5. Personas con déficit funcional, sensorial o intelectual severo.

- 2.6. Pacientes con demencias y otras enfermedades neurodegenerativas.
  - 2.7. Pacientes con otras enfermedades crónicas progresivas en situación de dependencia funcional.
  - 2.8. Ancianos de riesgo: mayores de 80 años; personas mayores que viven solas o con personas en condiciones similares o más desfavorables que las suyas; personas mayores con antecedentes de caídas; personas mayores con ingresos hospitalarios frecuentes; personas mayores con polimedicación o pluripatología; personas mayores con incontinencia; personas mayores con trastornos visuales y/o auditivos.
3. *Contenido de la cartera de servicios de atención sociosanitaria*

En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria comprenderá:

- 3.1. Programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, de la discapacidad y de la dependencia orientados al conjunto de la población y/o a grupos de población específicos para afrontar situaciones de riesgo de dependencia.
- 3.2. Programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, de la discapacidad y de la dependencia orientados a una persona en particular y realizados en consultas, médicas y de enfermería, o en el domicilio del paciente. A tales efectos, se considerará “domicilio del paciente” tanto el

particular como el de la institución en la que se encuentre internado.

- 3.3. Programas de rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable orientados a la recuperación de la autonomía perdida y a la prevención de situaciones de discapacidad y dependencia.
- 3.4. Programas de rehabilitación orientados al mantenimiento y potenciación de las capacidades residuales de los enfermos crónicos.
- 3.5. Programas de atención a la convalecencia orientados a personas que, tras sufrir un proceso agudo de enfermedad o accidente, o un episodio intercurrente en casos de enfermedad crónica o de discapacidad, presenten limitaciones en su autonomía y requieran atención y cuidados durante un período de tiempo limitado.
- 3.6. Programas de cuidados sanitarios de larga duración y de complejidad reducida que pueden proporcionarse en el domicilio del paciente o requerir su internamiento en un centro hospitalario. A tales efectos, se considerará “domicilio del paciente” tanto el particular como el de la institución en la que se encuentre internado.
- 3.7. Programas de primera noticia y de atención temprana orientados a personas con discapacidad.

La atención sociosanitaria se prestará en función de las necesidades de cada paciente.

4. *La atención sociosanitaria en los ámbitos de atención primaria y de atención especializada*

La atención sociosanitaria se prestará tanto en el ámbito de atención primaria de salud como en el ámbito de asistencia especializada.

4.1. En el ámbito de la atención primaria de salud:

- 4.1.1. Se desarrollarán los programas de promoción de la salud, de consejo genético, de atención temprana y de prevención de la enfermedad, de la discapacidad y de la dependencia y se prestará atención domiciliaria a pacientes inmovilizados, así como atención sanitaria a los ancianos.
- 4.1.2. Se prestará atención paliativa a enfermos terminales.
- 4.1.3. Se prestará atención a la salud mental en coordinación con el ámbito especializado.
- 4.1.4. Se prestarán servicios de rehabilitación en coordinación con el ámbito especializado. Estos servicios de rehabilitación incluirán a pacientes con enfermedades neurodegenerativas, con el objeto de mejorar y potenciar sus capacidades residuales.
- 4.1.5. Se establecerán 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.

- 4.2. En el ámbito de la atención especializada de salud:
  - 4.2.1. Se prestará asistencia especializada en consultas, en hospital de día, en régimen de internamiento en hospital de agudos y en unidades de media y larga estancia y de convalecencia.
  - 4.2.2. Se prestará atención paliativa a enfermos terminales.
  - 4.2.3. Se prestará atención a la salud mental en coordinación con el ámbito de atención primaria.
  - 4.2.4. Se prestarán servicios de rehabilitación en coordinación con el ámbito de atención primaria.
  - 4.2.5. Se establecerán protocolos de atención consensuados con los equipos de atención primaria que garanticen la continuidad de los cuidados una vez producida el alta hospitalaria. Estos protocolos son especialmente importantes en el caso de las enfermedades raras, pues debido a su baja incidencia existe un alto riesgo de desconocimiento de las características de la enfermedad por los servicios de atención primaria.
  - 4.2.6. Se implantará un protocolo de primera noticia para aquellos casos de dependencia y discapacidad en el nacimiento.