

---

# Atención sociosanitaria. Apuntes para el debate

Sancho Castiello, M. T.

Gerontóloga. Vocal electa de la Sección de Ciencias Sociales y del Comportamiento de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.

---

## RESUMEN

El debate sobre las diferentes modelos que den respuesta a las necesidades de atención sociosanitaria de las personas dependientes, se ha consolidado en la década de los noventa. Han proliferado documentos, planes y recomendaciones que se relacionan en este trabajo. Sin embargo, escasean las realizaciones prácticas en este ámbito. Se ofrece a continuación un comentario crítico sobre algunos aspectos que continúan siendo objeto de debate: equipos de soporte que garanticen la coordinación, tipología y cuantificación de usuarios y situación de los servicios domiciliarios e institucionales.

## Palabras clave

Atención sociosanitaria. Coordinación. Gestión de casos. Usuarios. Servicios.

---

## Sociohealth care. Notes for the debate

## SUMMARY

The debate on the different models that respond to the needs for sociohealth care of dependent persons has been consolidated during the decade of the 90's. Documents, plans and recommendations that are related in this paper have proliferated. However, practical performances in this area are lacking. The following offers a critical comment on some aspects that continue to be subject to debate: support teams that guarantee coordination, typology and quantification of users and situations of home and institutional services.

## Key words

Sociohealth care. Coordination. Case management. Users. Services.

---

## INTRODUCCIÓN

Tuve la oportunidad de conocer personalmente al Dr. Salgado hace sólo diez años, al mismo tiempo que empezaba a descubrir la trascendencia de un tema hasta el momento casi desconocido, o al menos poco atrayente para mí: la necesidad de avanzar en un modelo de coordina-

ción entre los servicios sociales y sanitarios para las personas dependientes. Alberto Salgado visitaba con cierta frecuencia al equipo que había elaborado el Plan Gerontológico, al que yo me acababa de incorporar, con su característica energía, austeridad de planteamientos y firmeza y claridad de ideas. Mientras nosotros luchábamos por un proyecto «macro» de coordinación, porque el Ministerio de Sanidad tomase postura, porque los responsables de los servicios sociales creyesen y se ilusionaran en otra forma de hacer frente a las necesidades de estas personas, recorriendo juntos los caminos que impone la atención, él, que hacía ya años que había adquirido ese don del conocimiento a través de la experiencia y la reflexión que está reservado sólo a unos pocos, intentaba convencernos de que, además de estos proyectos, estupendos, loables, debíamos implicarnos en una pequeña experiencia, la de la zona (que también era la nuestra), el distrito de Tetuán, perteneciente al área 5 de salud, en la que el hospital de la Cruz Roja era referente en atención geriátrica. Pero no lo era sólo como servicio estrictamente hospitalario, con sus diferentes niveles asistenciales, sino que había conseguido llevar a la práctica la esencia de los principios de la atención a las personas mayores: dar respuesta allí donde se producen las necesidades, en los domicilios, en el barrio, con los escasos servicios sociales disponibles, intentando multiplicar las posibilidades de aumentar la capacidad de los recursos. La Fundación SAGECO (Sector Asistencial Gerontológico y Coordinado, 1984) fue una buena idea, Alberto, una demostración de que «Lo pequeño es hermoso» (1), y de que es necesario empezar por el principio, por el acercamiento cotidiano, por demostrar que es posible hacer mejor las cosas. En eso estamos, diez años después, todavía poniendo cimientos que hagan sólidos modelos cuasiperfectos, como cuando te fuiste. Ahora ya casi llegamos a diecisiete, más los grandes, los de los Ministerios, aunque todavía no hemos conseguido un acuerdo en eso de diferenciar lo social de lo sanitario, de identificarnos cada uno con lo nuestro para poder integrarlo después y poner en marcha una intervención interdisciplinar. De realizaciones prácticas poco, algunos intentos, tímidos, con escaso respaldo y decisión política, y siempre poniendo por delante la nece-

---

Correspondencia: M. T. Sancho Castiello. Velayos, 8, 4º. 28035 Madrid. E-mail: msancho@segg.es

sidad de no incrementar el gasto, que en muchas ocasiones supone lograr la cuadratura del círculo. Nos has dejado una tarea difícil, Dr. Salgado, pero lo vamos a seguir intentando: cada vez somos más, de las dos orillas, las sociales y las sanitarias, y nos entendemos mejor, quizás porque tenemos mas claro en dónde debemos centrar nuestras energías y exigir responsabilidades. Gracias por tu ayuda, te echamos de menos todos, tus amigos y otras, como yo, que no me atrevo a arrogarme esa distinción, pero sí recordarte desde el respeto y el afecto mutuo, desde cierta complicidad que he podido disfrutar en unas cuantas ocasiones y que quiero seguir teniendo presente en las próximas batallas. Gracias.

## EL CAMINO ANDADO EN LA DÉCADA DE LOS NOVENTA

Sin olvidar en ningún momento la paternidad de la idea, el Programa Vida Als Anys creado en 1986, que sigue manteniendo el protagonismo casi absoluto en cuanto a decisiones políticas y realizaciones prácticas en atención sociosanitaria (2), a lo largo de la década de los noventa podemos encontrar múltiples iniciativas que intentan regular la respuesta sociosanitaria a las necesidades de las personas dependientes, ofrecer modelos de intervención y, en menor medida, poner en marcha programas de atención o coordinación sociosanitaria. Se ofrece a continuación una relación de los documentos nacionales e internacionales más relevantes elaborados en estos años (tablas I, II y III).

TABLA I. Documentos internacionales sobre atención sociosanitaria.

- Consejo de Ministros de la Unión Europea (1993). Refleja la conveniencia de «promover una coordinación de los diferentes servicios sanitarios y sociales» y la «necesidad de estimular prestaciones cualificadas y diferenciadas, con el fin de responder a las nuevas demandas».
- Recomendación N° R (98) 11. Del Comité de Ministros a los Estados miembros de la Unión Europea sobre la organización de la atención sanitaria para los enfermos crónicos. Septiembre de 1998 (3).
- Recomendación N° R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia (4).
- Informe de la Royal Comision on Long Term Care. Reino Unido 1998 (5).
- Sexta Conferencia de los Ministros Europeos de Sanidad. El envejecimiento en el siglo XXI: necesidad de un enfoque equilibrado para un envejecimiento con buena salud. Atenas, abril 1999 (6).
- Mantener la prosperidad en una sociedad que envejece. Recomendaciones de la OCDE para España. Junio. 2001 (7).
- Leyes de protección a la dependencia en Alemania (1995), Luxemburgo (1998), Austria (1993), y Francia (1997, revisión 2001).

Como se puede observar, en este momento casi todas las CC.AA. disponen de algún documento, norma, programa o plan en el que reconocen la necesidad de afrontar la protección a la dependencia desde la atención sociosanitaria. Existen otros proyectos en marcha a los que no se hace referencia por no haber sido publicados o estar en fase de debate (Asturias, Comunidad de Madrid, Rioja...).

## CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS EN LOS MODELOS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

No vamos a entrar en análisis detallados de los modelos y documentos citados, dada la complejidad de esta ta-

TABLA II. Documentos sobre atención sociosanitaria en el ámbito del Estado

- Plan Gerontológico Nacional (1993), en sus áreas 2 y 3, Salud y asistencia sanitaria y Servicios Sociales establece las primeras bases de coordinación sociosanitaria (8).
- Acuerdo Marco para la coordinación Sociosanitaria entre los Ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad, en 1993. Fue el primer intento de abordar el problema desde las experiencias prácticas. Propone que se desarrollen estrategias que proporcionen a este sector una atención integral, coordinando los servicios sanitarios y sociales. Se crean, como piezas claves del sistema, las Comisiones Sociosanitarias de Área y los Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos (9).
- Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1994 (10).
- Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD 1996 (11).
- Acuerdo Parlamentario de 18 de diciembre de 1997 sobre Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, en el que su apartado n° 3 se dedica a «Instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria».
- Informe de la ponencia especial, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales del Senado, para el estudio de la problemática del envejecimiento de la población española (diciembre de 1999).
- Informe del Defensor del Pueblo sobre «La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos». Recomendaciones del Defensor del Pueblo a las Administraciones públicas implicadas e informes de la SEGG y de la AMG. (2000) (12).
- Convenio Marco de Colaboración sobre Atención Sociosanitaria, Salud y Consumo a las Personas con Discapacidad entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Comité Español de Representantes de Minusválidos. Marzo 2001.
- Bases para un modelo de atención sanitaria. Documento para el debate. Dirección General de Planificación Sanita-

TABLA III. Iniciativas de las Administraciones Autonómicas

<p><i>A) Programas sociosanitarios</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan «Vida a los Años» de la Generalitat de Cataluña (1986). Primera experiencia de desarrollo de la atención sociosanitaria en nuestro país.</li> <li>– Plan de atención sociosanitaria de Castilla y León. D/16. 1998.</li> <li>– Programa sociosanitario de Galicia (PASOS). 1998.</li> <li>– Programa PALET de la Comunidad Valenciana. Acuerdo de 16 de mayo de 1995. Programa especial de atención sociosanitaria a pacientes ancianos, con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal.</li> <li>– Plan de Acción sociosanitaria de las personas mayores de Cantabria. 1999-2005.</li> <li>– Programas sociosanitarios de las Diputaciones Forales Vascas.</li> <li>– Plan Foral de Atención sociosanitaria del Gobierno de Navarra. Junio 2000.</li> </ul> <p><i>B) Planes gerontológicos o de atención a las personas mayores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ley de atención y protección a las personas mayores de Andalucía (Ley 6/1999).</li> <li>– Plan de atención a las personas mayores de Castilla la Mancha. 1998-2002.</li> <li>– Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid. 1998.</li> <li>– Plan Galego de persoas maiores 2001-2006.</li> <li>– Plan de atención para las personas mayores de Extremadura 2001-2005.</li> </ul> <p><i>C) Planes de Salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan de Salud de Canarias (D. 37 1997).</li> <li>– II Plan Andaluz de Salud.</li> </ul>
---

rea, la variedad de programas y políticas que los sustentan y la disparidad que se observa entre las diferentes Comunidades Autónomas. En unos casos los proyectos o modelos proceden de sus respectivos planes gerontológicos, en otros se han realizado programas sociosanitarios específicos y en algún caso se han incluido en sus Planes de Salud. Asimismo, la diferente denominación de unos y otros como red sociosanitaria, sistema de coordinación o espacio sociosanitario revela distintas formas de entender la organización del sistema de atención y diferentes tradiciones en el peso de los sectores implicados, sociales o sanitarios (2001) (13). La elaboración desde la SEGG y la AMG del Informe del Defensor del Pueblo sobre este tema, supuso un importante esfuerzo de sistematización de las iniciativas existentes hasta ese momento, a disposición de los lectores. En consecuencia, no pretendo en esta ocasión reiterar el esquema conceptual ni los principios de la atención sociosanitaria. Sólo comentaré algunos aspectos puntuales, fruto de la observación de las últimas iniciativas en este tema.

Si tuviésemos que destacar algún acuerdo indiscutible en estos años sería precisamente el de la generalización del adjetivo sociosanitario, el reconocimiento de la urgencia de ofrecer respuestas integrales o cuidados de larga duración a las personas que necesitan ayuda social y sanitaria de forma simultánea y duradera. Seguramente, si profundizamos un poco más en el desarrollo del concepto, empezarían a surgir discrepancias, a veces irresolubles entre los sistemas sanitario y social, entre los diferentes profesionales, propuestas de intervención, sistemas de evaluación, modelos de gestión de los servicios y, sobre todo, propuestas de financiación de la atención sociosanitaria, ausentes en la mayoría de las programaciones citadas. Dejémoslo por ahora en la denominación, y también en el reconocimiento de que la atención sociosanitaria, cualquiera que sea su modelo, requiere coordinación en múltiples aspectos y desde los diferentes sistemas que tienen responsabilidades en este campo (14).

## COORDINACIÓN/EQUIPOS DE GESTIÓN DE CASOS

Este segundo aspecto, el acuerdo sobre la necesidad de que se implanten estrategias estables de coordinación entre todos los sistemas y niveles de atención implicados, no ha conseguido traducirse en realizaciones prácticas generalizables. A pesar de los esfuerzos realizados en estos años, de un incremento de recursos sociosanitarios moderado, y de haber logrado algunos acuerdos conceptuales, hemos avanzado poco en el establecimiento de estrategias de coordinación que garanticen la continuidad en los cuidados a las personas dependientes. El respaldo de las administraciones implicadas en la puesta en marcha de un modelo de coordinación sociosanitaria ha sido muy escaso, primando una vez más el coste cero de su implantación, que hace inviable su puesta en marcha y que los sistemas de derivación entre los diferentes niveles de asistenciales funcionen adecuadamente.

No obstante, tampoco hemos conseguido generalizar la implantación de algunas de las medidas que no suponen incrementos presupuestarios importantes, sino la implantación de una metodología de trabajo más eficaz que evitaría la fragmentación, la duplicidad y la falta de equidad en el acceso a nuestros escasos recursos, como por ejemplo:

- La sectorización en áreas sociosanitarias únicas, competencia autonómica indispensable para la aplicación eficaz de programas de coordinación.

- Utilización de sistemas de información e instrumentos de valoración comunes que eviten la multiplicación de esfuerzos profesionales y el consiguiente gasto inútil. Pero además, que eviten el que una persona en situación de dependencia, o su cuidador/a deban someterse a sucesivos interrogatorios y juicios minuciosos que, con excesiva frecuencia, sólo contribuyen a dilatar la solución a sus acuciantes problemas (Informe Defensor del Pueblo, 2000).

Los escasos éxitos obtenidos en la implantación de estrategias de coordinación en sí mismas, que no implicasen la creación de nuevas estructuras, ha favorecido que tome fuerza el debate sobre la necesidad de potenciar la creación de equipos consultores, de soporte, gestores de casos (15), que asuman funciones de valoración, prescripción de cuidados y vínculo entre las diferentes organizaciones implicadas en la atención, los usuarios de los servicios y sus cuidadores familiares. Como tales, los equipos gestores de casos, representan potencialmente la personificación de las estrategias de coordinación. Sin embargo, en muchos casos sus funciones son ambiguas, muy especialmente en dos aspectos clave: la capacidad de decisión en la asignación de recursos y la presión a que son sometidos para que asuman la prestación de los cuidados. La superposición de funciones, el desempeño de roles limítrofes y la cotidiana incapacidad para poder garantizar la continuidad en la provisión de cuidados derivada de la escasez de recursos, generan un debate interminable sobre eficacia. Los PADES catalanes y los ESAD promovidos desde el INSALUD constituyen un buen ejemplo de equipos de soporte que cada vez con mayor claridad se decantan por la especialización en la atención (paliativos, ancianos dependientes...). Sin embargo, desde una perspectiva sociosanitaria no podemos obviar su dependencia estrictamente sanitaria, lo que dificulta y a veces impide la correcta gestión de los casos, y su consiguiente derivación a los recursos sociales. ¿Cómo hacer frente a este escollo? Algunas propuestas como las del proyecto de Plan Nacional de Atención a Enfermos de Alzheimer, contemplaba la creación de equipos sociosanitarios multidisciplinares con profesionales procedentes de los dos sistemas, social y sanitario. Pero desafortunadamente, no hemos tenido la ocasión de evaluar su eficacia y viabilidad, ya que esta planificación, como otras, se ha quedado en mero proyecto. Existe alguna experiencia parecida, como la de Sabadell, que hace pensar que merecería la pena intentar avanzar en propuestas de este tipo. Fuera de nuestras fronteras, las modalidades de gestión de casos son múltiples e intentan adaptarse a las diferentes estructuras administrativas y sistemas de provisión de servicios de sus respectivos países. Este es un importante reto que tenemos pendiente, clarificando su estructura, funciones, dependencia y financiación.

## LOS USUARIOS DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Otro aspecto generador de debate y divergencias desde varios prismas de análisis, especialmente los referentes a su cuantificación y tipología, es el de los usuarios.

En cuanto al número de personas dependientes, potenciales usuarios de atención sociosanitaria, se han bajado cifras dispares en función de los diferentes sistemas de valoración de la dependencia y, sobre todo, del número y clase de actividades de la vida diaria que se incluyen en la calificación de grave, moderada o severa.

TABLA IV. Personas de 65 y más años con discapacidades para las actividades de la vida diaria según el máximo grado de severidad

Severidad	Personas con discapacidades	
	≥ 65 a.	6 a 64 a.
Total	967.713	482.486
Discapacidad severa	479.870	255.387
Discapacidad total	487.843	227.099
No consta	31.199	13.127

Fuente: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Avance. Imsero, INE, Fundación ONCE. 1999.

Recientemente han sido difundidos los primeros resultados de la Encuesta Nacional de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud realizada y financiada por el INE, IMSERSO y Fundación ONCE (16). Esta macroencuesta, a través de la cual han sido entrevistadas unas 220.000 personas en 79.000 hogares, ofrece información detallada sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia y el estado de salud de la población española. Las cifras globales informan de la existencia de 3.528.221 personas con discapacidades, de las cuales, 2.072.252 son mayores de 65 años. Se entiende por discapacidad, a efectos de dicha encuesta, «toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia». La cifra de personas con discapacidades no se debe traducir directamente en una tasa tan elevada de dependencia, definida como «situación en la que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de ayuda y/o asistencia importante para realizar las actividades de la vida diaria» (Consejo de Europa, 1998). En definitiva, la necesidad de ayuda de otra persona constituye el elemento diferenciador entre ambos conceptos, por lo que el número de personas en esta situación desciende notablemente: 967.713 personas mayores de 65 años y 482.486 entre 6 y 64 años tienen dificultades graves para la realización de las actividades de la vida cotidiana (discapacidad severa+ total) (tabla IV). Actualmente se están analizando estos resultados en profundidad, con el fin de matizar esta cuantificación, reconsiderando los tres niveles de clasificación de la dependencia que en su día podrían generar diversas prestaciones sociosanitarias en el marco del sistema de protección social.

En cuanto a la tipología de personas que deben ser incluidas en el marco de la atención sociosanitaria, existe acuerdo generalizado en hacerla extensiva a todas aquellas que padecen situaciones de dependencia, cualquiera que sea su edad, eliminando así el componente discriminatorio que conllevan las actuaciones protectoras exclusivas de mayores. Sin embargo, este es un con-



TABLA V. Tipología de usuarios de atención sociosanitaria

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

*Fuente:* Documento Ministerio de Sanidad. Bases para un modelo de atención sociosanitaria. Dirección general de planificación sanitaria. Junio 2001.

senso de ideas que entra en colisión con la mayoría de las planificaciones específicas para personas mayores. No hay duda sobre la necesidad de que se desarrollen actuaciones funcionales, estructurales y organizativas especializadas, pero tanto el marco protector de la dependencia como el modelo sociosanitario que se aplique deben dar cobertura a las necesidades derivadas de la dependencia, en cualquier momento de la vida (Consejo de Europa, 1998). Se han propuesto varias tipologías de usuarios. En la tabla V se recoge la clasificación que realiza el Ministerio de Sanidad y Consumo en su último documento.

## RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS

Una vez más he de reiterar el carácter de comentario puntual de este trabajo sobre algunos temas relacionados con el debate de la atención sociosanitaria. La actualidad, evolución y características de los recursos sociales y sanitarios es sobradamente conocida y será objeto de análisis en otras aportaciones de este número monográfico. Por otra parte, se han realizado ya diversas propuestas en cuanto a las necesidades de cobertura de unos y otros, sus ratios y especialización profesional, características, programas de intervención, estándares de calidad, etc.

Sin embargo, la observación del desarrollo de los servicios en estos años evidencia que todavía estamos lejos de poder disponer de una oferta acorde con las necesidades de las personas dependientes. Veamos algunos ejemplos:

En cuanto a los servicios de atención domiciliaria:

- La práctica de una valoración conjunta sociosanitaria y su consiguiente planificación de cuidados, sigue siendo excepcional. Cuestiones como la asunción del papel de tutela de los cuidados que prestan las auxiliares domiciliarias por parte de la atención primaria de salud (enfermería), podría ser un buen ejemplo de coordinación sociosanitaria.

- La adaptación de los servicios domiciliarios a las necesidades de las personas pasa por una frecuencia e intensidad horaria radicalmente distinta a la que se ofrece hoy. Estos recursos continúan sumidos en la consideración de «mal menor», cuando son los más deseados por sus potenciales usuarios y cuidadores. También exige una diversificación de la oferta mucho mayor. Pero sobre todo impone una consideración profesional, social y sanitaria, al menos de la misma categoría que los cuidados institucionales. Mientras que en el ámbito residencial empiezan a generalizarse la implantación de programas de intervención preventivos, rehabilitadores, psicosociales, etc., la atención domiciliaria es aceptada como recurso poco cualificado. Todavía consideramos un lujo la visita domiciliaria de un psicólogo, un terapeuta ocupacional, un geriatra, un fisioterapeuta... profesiones que empiezan a ser frecuentes en los ámbitos institucionales.

- En definitiva, la vejez y los cuidados domiciliarios, soportan un trato no consentido en ningún otro sector (17), al menos conceptualmente. Es hora que desde los ámbitos técnicos y planificadores se planteen otras formas de entender la atención domiciliaria, generalizando su profesionalización, actualmente reservada a modalidades muy especializadas, como son la hospitalización a domicilio o los cuidados paliativos, con escasos niveles de cobertura.

En cuanto a los recursos institucionales:

- La atención a personas dependientes en cualquier tipo de institución social o sanitaria debe ofrecer los mismos servicios y programas ante similares perfiles de necesidad. El acceso a la atención sanitaria, en cualquiera de sus vertientes, desde los cuidados de enfermería a la asistencia geriátrica especializada debe ser garantizada, conservando sus cualidades de servicio público universal y gratuito. No se observan avances en esta dirección. Parece que el tema «financiación compartida» se asocia unidireccionalmente con los proyectos de copago y exigencia de responsabilidad a los usuarios y sus familiares. Sin minusvalorar su importancia, la defensa de los derechos de los más débiles, las personas dependientes cuando necesitan hacer uso de los servicios públicos, debería ser incuestionable.

- En cuanto a la calidad, se han producido avances desde varias vertientes en los últimos años. Se intenta estandarizar su valoración y clarificar la oferta que se está realizando. Pero necesitamos entrar más a fondo en las cuestiones de evaluación de calidad y su percepción por parte de los usuarios. A veces da la impresión que hemos avanzado más en la apariencia de calidad que en alcanzar una vida cotidiana digna para los ancianos que viven en nuestras «camas de larga estancia»: residencias, hospitales de crónicos, centros sociosanitarios... La creciente y mayoritaria pre-

sencia de la iniciativa privada en este sector debe obligar a las administraciones públicas a ofrecer criterios claros de acreditación y exigir su cumplimiento.

## LA URGENCIA DE PASAR A LA ACCIÓN

Los comentarios realizados hasta aquí, puntuales y seguramente no muy relevantes, quieren conducir al lector una vez más a la urgencia de que desde todos los sectores se exija que la atención sociosanitaria se convierta en un hecho. Tenemos modelos, diseños, planes, investigación sobre usuarios, costes, escenarios de implantación, recomendaciones nacionales e internacionales... pero la decisión de pasar a la acción no llega. El debate sobre una posible ley de financiación de la dependencia empieza a trascender de los ámbitos estrictamente profesionales. De hecho, ha llegado a los últimos Pactos de Toledo. Pero los presupuestos del próximo año y los proyectos para los venideros, no traslucen cambios en profundidad para este sector. Se recurre insistentemente a la responsabilidad de las familias, sin clarificar que la solidaridad familiar se va a mantener sólo si se mejora la solidaridad pública, que el incremento de recursos fortalece el sistema de apoyo informal, y que no se puede seguir penalizando a las familias cuidadoras, retirándoles el acceso a los pocos servicios disponibles.

Una atención sociosanitaria digna requiere la concurrencia de muchas condiciones profesionales de especialización, de formación, de sistemas de gestión, etc. Pero impone una condición indispensable: disponibilidad de recursos, lo que significa reorientación de los existentes e incremento del gasto para hacer frente a necesidades nuevas, una de ellas, de las más importantes, el acceso universal a los recursos domiciliarios. Es necesario combatir el alarmismo del discurso sobre la vejez y la dependencia y reconvertirlo en normalidad. Es un avance social el hecho de que hoy se inviertan fondos públicos en mantener la salud durante muchos años, en prevenir la dependencia y en atenderla debidamente cuando aparece.

Llegar a viejo es un privilegio del que sólo disfrutamos unos pocos países en el mundo. Necesitamos coherencia en nuestra sociedad del bienestar. Dr. Salgado, lo vamos a conseguir.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schumcher EF. Lo pequeño es hermoso. Por una sociedad y una técnica a la medida del hombre. Ed. Blume; 1978.
2. Fontanals de Nadal MD, Martínez Mateo F, Valles i Forcada E. Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als anys. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30:189-98.
3. IMSERSO. Vejez y protección a la dependencia en Europa. Madrid; 1999.
4. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Estudios económicos de la OCDE 2000-2001, España, Junio 2001.
5. IMSERSO. Plan Gerontológico. Madrid; 1993.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. Madrid; 1994, número publicación INSALUD, 1656.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. Madrid; 1994, número publicación INSALUD, 1656.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid; 1996.
9. Defensor del Pueblo. Informes, Estudios y documentos. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid; 2000.
10. IMSERSO. Rodríguez Cabrero G, Montserrat Codorniu, J. Políticas modelos y costes de la atención sociosanitaria; 2001 (en prensa).
11. Harel Z, Dunkle ER. Matching People with services in Long-Term Care. New York: Springer; 1995.
12. Engels D. Case management in various National Elderly Assistance Systems. Berlín: Kohl Hammer; 2000.
13. IMSERSO. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Madrid; 2000.
14. Conseil de l'Europe. Les personnes âgées au sein de leur famille: responsabilités juridiques et sociales. Rapport Final. 2000. (Difusión restringida).
15. Duran MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Fundación BBV; 1998.