

# LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: RÉGIMEN LEGAL. INTERACCIONES ENTRE LO SOCIAL Y LO SANITARIO

*Juan Luis Beltrán Aguirre*

Doctor en Derecho  
Presidente de la AJS

*Sumario.* I. EL PUNTO DE PARTIDA. II. LA RESPUESTA LEGAL: LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE. 1. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: su problemático encaje material y constitucional. A. Encaje material. B. Encaje constitucional. 2. Carencias de la Ley 39/2006. 3. Dificultades para la aplicación de la Ley 39/2006. III. LAS INTERACCIONES EN EL ÁMBITO DE LA DEPENDENCIA. 1. Los parámetros que fija la Ley 39/2006. 2. La interacción estructural, organizativa y funcional para la atención sociosanitaria: A. Diferencias entre los Sistemas de Sanidad y de Servicios Sociales. B. La articulación de la Administración del Estado con las Administraciones Autonómicas. C. La articulación o coordinación de las estructuras administrativas y asistenciales responsables en el nivel de las Administraciones autonómicas. D. La articulación de las Administraciones autonómicas y las municipales. IV. HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA. V. LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUADA DEL DEPENDIENTE: LA CALIDAD DEL SERVICIO UNIDA AL PAPEL DE LA ENFERMERÍA Y DEL TRABAJO SOCIAL

## **I. EL PUNTO DE PARTIDA.**

No cabe duda de que la atención a las personas en situación de dependencia<sup>1</sup>, así como la promoción de su autonomía personal, constituyen actualmente un imperativo para todos los poderes públicos y, por ende, un reto de las políticas sociales que han de desarrollar. Tales políticas han de cimentarse en un buen conocimiento de las necesidades y carencias constatadas, en suma, de la realidad existente a la

que se trata de dar respuesta. En este sentido, cabe enumerar como elementos clave que componen esa realidad, los siguientes:

1º. Las personas mayores (ancianos) son el grupo mayoritario de dependientes, además, en progresivo incremento. Le siguen los enfermos mentales y los discapacitados.

2º. Las enfermedades, fundamentalmente las crónicas anudadas al envejecimiento, son, con gran diferencia, la causa principal de la dependencia.

3º. Las personas dependientes necesitan una atención sanitaria y social confluyente, integral, atención que, además, sobre todo en lo social, ha de extenderse a los cuidadores informales o no profesionales y a los familiares del dependiente, de donde resulta que debe instrumentarse una adecuada y efi-

---

<sup>1</sup> La recomendación (98) 9 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, de 18 de septiembre de 1998, define la dependencia como el estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de anatomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

caz atención socio-sanitaria. No debe olvidarse que en la vida de las personas, la separación entre lo social y lo sanitario es absolutamente artificial.

4°. La atención sociosanitaria es, pues, un elemento clave del sistema de promoción y cuidado a las personas dependientes. De ahí que la atención sociosanitaria requiera intervenciones de naturaleza mixta, de forma simultánea o secuencial, pero perfectamente articuladas. Sin embargo, actualmente, la asimetría de la relación entre lo social y lo sanitario es un hecho cierto.

5°. La enfermería comunitaria constituye un pilar básico en la atención asistencial y en el cuidado de los dependientes, así como de sus cuidadores. Debe desarrollar actividades, no sólo curativas, sino preventivas, rehabilitadoras y de fomento de la salud. Junto a la enfermería comunitaria tiene también un papel trascendente los trabajadores sociales. Fundamentalmente, constituyen el grupo de cuidadores profesionales de los dependientes.

6°. Hoy por hoy, y durante bastante tiempo, la atención y cuidado de las personas dependientes descansa y descansará en buena parte en los cuidadores no profesionales, colectivo que se integra fundamentalmente de familiares y, en menor medida, pero en notable incremento, de personas sin formación específica contratadas por la familia<sup>2</sup>.

A esta realidad trata de darle respuesta la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (en adelante, LPAPAPD). Esta iniciativa legislativa constituye, sin duda, un importante avance en la construcción del Estado de Bienestar Social al regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en la atención a las personas dependientes (ancianos y discapacitados: artículo 2.3; enfermos mentales: artículo 2.4) con fundamento en los principios de universalidad, equidad e igualdad. Así pues, desde la óptica social procede darle la mejor bienvenida.

Dicho esto, seguidamente me centro en comentar las carencias, ambigüedades e incoherencias, que, en mi criterio, tiene la LPAPAPD, algunas queridas. La función de un analista jurídico no es tanto destacar las bondades de una Ley, que hay están, sino sus lagunas, incoherencias, etc., al objeto de que puedan ser analizadas por lo estudiosos e interesados en el tema, y, en su caso, subsanadas, en este caso, fundamentalmente por los legisladores y gobiernos autonómicos, a los que corresponde elaborar la normativa que, conforme a los principios y normas básicas contenidas en la LPAPAPD, han de conformar la atención a la dependencia en cada Comunidad Autónoma.

## **II. LA RESPUESTA LEGAL: LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE.**

### ***1. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: su problemático encaje material y constitucional.***

#### **A. Encaje material.**

La LPAPAPD incardina la atención a las personas en situación de dependencia, en su mayoría ancianos, en el ámbito material de los Servicios Sociales, pues su artículo 3, apartado o) sienta como principio la integración de las prestaciones establecidas en la LPAPAPD en las Redes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, y su artículo 16.1 manda imperativamente que las prestaciones y servicios que diseña la LPAPAPD se integren en la Red de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas<sup>3</sup>. Entonces, paradójicamente, nos encontramos ante una Ley estatal reguladora de actuaciones y prestaciones que ella misma encaja en la materia Servicios Sociales respecto de la que el Estado no ostenta competencia alguna.

El Estado tiene competencias legislativas en materias conexas (asistencia social interna de la Seguridad Social y bases de la Sanidad), pero, sin embargo, lo que el legislador estatal no hace es encu-

---

<sup>2</sup> Sobre las personas que pueden asumir el papel de cuidador no profesional véase el artículo 1 del Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo (BOE, núm. 114, de 12 de mayo de 2007).

---

<sup>3</sup> Dice la exposición de motivos que "se trata ahora de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema."

drar la atención a las personas dependientes en el ámbito material de la Seguridad Social y, por ende, en el marco conceptual y competencial del artículo 149.1.17 CE, ni en el de la Sanidad respecto del que también ostenta competencia para dictar las bases (art. 149.1.16 CE).

La inclusión de la dependencia en la materia Seguridad Social habría sido una opción constitucionalmente posible<sup>4</sup>, incluso defendida por algunos tratadistas<sup>5</sup>. Al respecto, no conviene olvidar que las prestaciones de la Seguridad Social son contributivas<sup>6</sup> o no contributivas<sup>7</sup> y que el capítulo VI de la Ley General de la Seguridad Social de 1994 incorpora al sistema la “Asistencia Social interna” de la Seguridad Social<sup>8</sup> como mecanismo complementario que se presta sólo a las personas que se encuentran comprendidas dentro del campo de aplicación del Sistema de Seguridad Social<sup>9</sup>. No obstante, el legislador optó por dejarlo fuera de la Seguridad Social y de su sistema de cobertura, fundamentalmente en base a dos razones:

---

<sup>4</sup> En este sentido, véase mi trabajo “La articulación de las Administraciones Social y Sanitaria en la atención integral a los dependientes: realidad actual y necesidades de futuro”, en la obra colectiva Organización y Procedimiento Administrativos, Thomson-Aranzadi, 2007, pp. 352 y 353.

<sup>5</sup> Así, SUÁREZ CORUJO, B., en su trabajo “Dependencia y Estado autonómico: el encaje competencial del proyecto de ley de protección de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”, Relaciones Laborales, 2006, núm. 14, p. 72, afirma que la “ubicación natural” de las prestaciones a la dependencia es la Seguridad Social; PÉREZ YÁNEZ, R. M., “La protección social de la discapacidad generadora de dependencia”, en la obra colectiva Situaciones de dependencia: regulación actual y nuevas perspectivas, Thomson-Civitas, 2007, p. 422.

<sup>6</sup> Su financiación corre a cargo de las cotizaciones de empresarios y trabajadores, recargos, sanciones, frutos y rentas de los recursos patrimoniales de la Seguridad Social.

<sup>7</sup> Su financiación corre a cargo de las aportaciones del Estado al presupuesto de la Seguridad Social, esto es, su financiación es vía impuestos.

<sup>8</sup> Artículos 53 y siguientes: la Seguridad Social, con cargo a fondos limitados para cada ejercicio económico, dispensa servicios y auxilios económicos precisos a personas incluidas en su campo de aplicación en situación de necesidad y previa demostración de carencia de recursos.

<sup>9</sup> La exposición de motivos también dice que se trata de una modalidad prestacional que amplía y complementa la acción protectora de la Seguridad Social.

- La atención a la dependencia pretende exceder con mucho de las prestaciones meramente económicas, que, actualmente, son el ámbito de la Seguridad Social. Se quiere primar la atención personal sobre la prestación económica. De ahí que la organización y gestión de la atención a la dependencia deba descentralizarse en las Comunidades Autónomas, que son los entes gestores y prestadores de asistencia. Además, se necesita la cooperación y colaboración de las Comunidades Autónomas para la implantación y gestión del sistema, pues ellas han construido y son las titulares de la Red de Servicios Sociales.

- La Asistencia Social interna de la Seguridad Social sólo se presta a las personas comprendidas en el campo de la Seguridad Social, y muchos dependientes quedan fuera de ese campo. Por el contrario, la atención a la dependencia se pretende universal. En la medida en que conforme a la LPAPAPD el derecho a la prestación se ostenta por la condición de ciudadano, no por la de beneficiario de la Seguridad Social, la financiación del sistema debe ir vía impuestos y no vía cotizaciones a la Seguridad Social. Quizás, no quería sobrecargarse en exceso el área de prestaciones no contributivas de la Seguridad Social.

La atención a la dependencia también podía haberse asentado, al menos en parte, en la materia sanidad pues la atención a los dependientes tiene un fuerte sesgo sanitario. Ello, aun integrando orgánicamente el sistema exclusivamente en los Servicios Sociales autonómicos. Tampoco lo dispuso así el legislador que, prácticamente, ignora todo lo sanitario.

De ahí que, finalmente, se haya buscado un tanto forzosamente su encaje material exclusivamente en la competencia del Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos constitucionales (art. 149.1.1 CE), título competencial transversal que habilita al Estado para normar, nunca para ejecutar o gestionar<sup>10</sup>. La memoria de la

---

<sup>10</sup> La jurisprudencia constitucional ha delimitado el sentido y alcance del artículo 149.1.1 CE, afirmando que este precepto “más que delimitar un ámbito material excluyente de toda intervención de las Comunidades Autónomas, lo que contiene es una habilitación para que el Estado condicione -mediante, precisa-

LPAPAPD justifica la utilización de este título en la consecución de una homogeneización de las políticas de protección de los dependientes en las distintas Comunidades Autónomas<sup>11</sup>. Es decir, con la pretensión de conformar un sistema de ámbito nacional.

En cualquier caso, en mi criterio, no se trata de construir un nuevo Sistema de protección social diferente del de Servicios Sociales y del de Sanidad, y menos un cuarto pilar del Estado de Bienestar. Realmente, no debería pasar de ser un medio de perfeccionamiento o complementación de los actuales diecisiete Sistemas autonómicos de Servicios Sociales y de Salud, al objeto de procurar una atención más completa a las personas en situación de depen-

---

*mente, el establecimiento de unas "condiciones básicas" uniformes- el ejercicio de esas competencias autonómicas con el objeto de garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos y en el cumplimiento de sus deberes constitucionales" (STC 178/2004, entre otras). Desde una perspectiva de delimitación negativa, ha manifestado que dicho precepto "no ha atribuido al Estado la fijación de las bases sobre los derechos y libertades constitucionales, sino sólo el establecimiento -eso sí, entero- de aquellas condiciones básicas que tiendan a garantizar la igualdad", de manera que su regulación no puede suponer una normación completa y acabada de cada uno de aquellos derechos y deberes". En cuanto a su delimitación positiva, ha sentado que "las condiciones básicas hacen referencia al contenido primario (STC 144/1988) del derecho, a las posiciones jurídicas fundamentales (facultades elementales, límites esenciales, deberes fundamentales, prestaciones básicas, ciertas premisas o presupuestos previos). En todo caso, las condiciones básicas han de ser las imprescindibles o necesarias para garantizar esa igualdad". También ha señalado que "dentro de esas <<condiciones básicas>> cabe entender incluido asimismo aquellos criterios que guardan una relación necesaria e inmediata con aquellas, tales como el objeto o ámbito material sobre el que recaen las facultades que integran el derecho; los deberes, requisitos o condiciones básicas en que ha de ejercerse un derecho; los requisitos indispensables o el marco organizativo que posibilitan el ejercicio mismo del derecho" (STC 61/1997 y 173/1998); en relación con este último aspecto, también afirma la STC 209/2000 la posibilidad de que, "junto a la normación como aspecto esencial del artículo 149.1.1 C.E. las regulaciones estatales dictadas al amparo de este precepto contengan una <<dimensión institucional>>, cuando sea imprescindible para garantizar la eficacia del derecho o la igualdad de todos los españoles en su disfrute."*

<sup>11</sup> Sobre esta temática véase ÁLVAREZ CORTÉS, J. C., "las competencias de las Comunidades Autónomas en materia de protección a las personas dependientes", en la obra colectiva Situaciones de dependencia: regulación actual y nuevas perspectivas, Thomson-Civitas, 2007, pp. 494 a 532.

dencia<sup>12</sup>. En suma, los servicios y prestaciones a las personas dependientes pertenecen a las materias Servicios Sociales y Sanidad, siendo confusas las zonas de confluencia y de separación.

#### B. Encaje constitucional.

El Gobierno de la Nación, con base exclusivamente en el artículo 149.1.1º CE, en el Proyecto de Ley remitido a las Cortes Generales había diseñado un *Sistema Nacional de Dependencia* con la finalidad principal de garantizar las condiciones básicas y el contenido común de los derechos y obligaciones. Con la creación de tal *Sistema Nacional de Dependencia* posiblemente trataba de evitar la existencia de diecisiete sistemas autonómicos totalmente independientes, como lo son los diecisiete sistemas autonómicos de Servicios Sociales. Se trataba de crear un Sistema de pretendido ámbito nacional conformado, al amparo del artículo 149.1.1º CE, como el marco o elemento organizativo mínimo necesario -condición básica- al objeto de posibilitar el ejercicio mismo del derecho a las prestaciones y servicios de atención a la dependencia. Vendría a jugar un papel similar al Sistema Nacional de Salud, pero sólo en el ámbito de la dependencia. Pero resulta que en materia de Servicios Sociales el Estado no tiene competencia para dictar las bases, por lo que mal podía intentar construir un Sistema Nacional de Atención a la Dependencia. Finalmente, durante la tramitación parlamentaria se sustituyó ese nombre por el de *Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia*, nueva nominación que, obviamente, libera al sistema de connotaciones supra-autonómicas. No obstante, se concibe como un sistema de ámbito o proyección nacional, pues se supone que debe responder a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. En efecto, establece el artículo 6.1 que sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus respectivas competencias.

---

<sup>12</sup> Una de las conclusiones de las XXIII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo Estatal y Autonómicos, celebradas en Oviedo en octubre de 2008, ha sido la de la integración de la atención a la dependencia en los Servicios Sociales Autonómicos, como sistema único.

En mi criterio, resulta cuestionable que el artículo 149.1.1º CE sea título competencial hábil para promulgar tal Ley y para crear el “Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia”, que, insisto, ella misma reside en el ámbito material de los Servicios Sociales. Ello por cuanto la jurisprudencia del Tribunal Constitucional parece haber terminado negando una conexión del artículo 149.1.1º CE con los preceptos del Capítulo III del Título I CE (principios rectores de la política social y económica). El Tribunal Constitucional partió de una posición claramente afirmativa al respecto (sentencia 32/1983, de 28 de abril). Sin embargo, en la sentencia 80/1988, de 28 de abril, deja abierta la cuestión y en la sentencia 15/1989, de 26 de enero, prescinde por completo del artículo 149.1.1º CE en su posible conexión con el artículo 51 CE, negando implícitamente esta conexión<sup>13</sup>.

Posteriormente, en su sentencia 61/1997, de 20 de marzo, clarifica su posición contraria al afirmar lo siguiente:

“En segundo lugar, conviene recordar algunas notas que delimitan positivamente la competencia estatal “ex” art. 149.1.1º CE. Así, en lo que hace a su ámbito material o alcance horizontal, es de advertir que la “materia” sobre la que recae o proyecta son los derechos constitucionales en sentido estricto, así como los deberes básicos. Ahora bien, las condiciones básicas que garanticen la igualdad se predicen de los derechos y deberes constitucionales en sí mismos considerados, no de los sectores materiales en los que éstos se insertan y, en consecuencia, el art. 149.1.1º CE sólo presta cobertura a aquellas condiciones que guarden una estrecha relación, directa e inmediata, con los derechos que la Constitución reconoce. De lo contrario, dada la fuerza expansiva de los derechos y la función fundamentadora de todo el ordenamiento jurídico que éstos tienen atribuida (art. 10.1 CE), quedaría desbordado el ámbito y sentido del art. 149.1.1º CE, que no puede operar como una es-

pecie de título horizontal, capaz de introducirse en cualquier materia o sector del ordenamiento por el mero hecho de que pudieran ser reconducibles, siquiera sea remotamente, hacia un derecho o deber constitucional.”

Comprobamos, pues, que habla de derechos constitucionales en sentido estricto y en sí mismos considerados. Y es de hacer notar que los artículos 49 y 50 CE, que regulan las materias en las que se incardinan la atención a las personas dependientes, no establecen derecho alguno respecto de los colectivos de ciudadanos que contemplan (como, por el contrario, sí lo hace el artículo 43.1, que reconoce el derecho a la salud). Estos dos artículos imponen deberes de hacer a los poderes públicos, pero se abstienen de establecer correlativos derechos a recibir en favor de las personas dependientes. En la más reciente sentencia 228/2003, de 18 de diciembre, reitera esta posición al afirmar que “*en relación con «el alcance del art. 149.1.1º CE hemos declarado que sólo presta cobertura a aquellas condiciones que guarden una estrecha relación, directa e inmediata, con los derechos que la Constitución reconoce. De lo contrario... quedaría desbordado el ámbito y sentido del art. 149.1.1º CE, que no puede operar como una especie de título horizontal, capaz de introducirse en cualquier materia o sector del ordenamiento.»* En fin, los artículos 49 y 50 CE no reconocen en sentido estricto derechos subjetivos a los colectivos que contemplan, que es requisito imprescindible, según la jurisprudencia constitucional, al objeto de evitar que el artículo 149.1.1º se convierta en un título horizontal capaz de introducirse en cualquier materia.

No obstante, es bien conocido que el Consejo de Estado, en su informe al anteproyecto de Ley, dio por bueno este título<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Véase en este sentido J. PEMÁN GAVÍN, Igualdad de los ciudadanos y Autonomías Territoriales, *Civitas*, 1992, pp. 235 a 2378

<sup>14</sup> En efecto, el Consejo de Estado, en el dictamen al anteproyecto de la Ley, de 23 de marzo de 2006, afirma que el artículo 149.1.1 CE ampara la regulación acordada por el anteproyecto. Por su parte, R. DE LORENZO GARCÍA Y A. PALACIOS, en su trabajo “Los grandes hitos de la protección jurídica de las personas con discapacidad en los albores del siglo XXI”, Documentación Administrativa, núm. 271-272, 2005 p. 338, afirman la legitimidad constitucional de la Ley en que las Sentencias del Tribunal Constitucional 13/1992, de 6 de febrero, y

Me someto al criterio del Consejo de Estado y, por ende, admito que el artículo 149.1.1º CE puede ser título hábil para promulgar la LPAPAPD, pues, entre otras razones, la atención a la dependencia, de un lado, tiene un fuerte componente sanitario-asistencial y el derecho a la protección de la salud sí es un derecho constitucional (artículo 43 CE), y, de otro, la atención a los dependientes encaja en la Asistencia Social interna de la Seguridad Social, que también es un derecho constitucional (artículo 41 CE). Como he dicho antes, la LPAPAPD podía haberse apoyado perfectamente, además de en el artículo 149.1.1º en los apartados 16º y 17º del artículo 149.1. CE, teniendo entonces, sí, un perfecto anclaje constitucional.

Empero, sin perjuicio de admitir esa habilitación general en el artículo 149.1.1º CE, seguidamente obligado es advertir que cabe dudar seriamente de la constitucionalidad de diversos preceptos de la LPAPAPD. A título de meramente enunciativo, cabe enumerar los siguientes: artículo 10 en cuanto impone un determinado modelo de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas; artículo 16 en cuanto obliga a las Comunidades Autónomas a integrar las prestaciones y servicios sociales establecidos en la LPAPAPD en sus respectivos Sistemas o Redes de Servicios Sociales; artículos 18 y siguientes en lo relativo a las prestaciones económicas; artículo 27 en cuanto encomienda al Consejo Territorial acordar los criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de las Comunidades Autónomas; artículo 32 en lo relativo a los Convenios para la financiación, etc.

En línea con lo dicho, es destacable la inconstitucionalidad de todo el Título III de la LPAPAPD en cuanto regula infracciones y sanciones. Conforme ha reiterado el TC (por todas, STC 168/1993, de 27 de mayo), la potestad sancionadora va pareja, como medida instrumental, a la competencia sustantiva de

que se trate, y resulta que corresponde a las Comunidades Autónomas la competencia exclusiva en materia de Servicios Sociales, que es, según la propia ley, donde hay que residenciar las prestaciones y servicios a la dependencia. Para salvar este escollo no basta con que el artículo 43 contenga unas previsiones genéricas y el 47 remita a las Comunidades Autónomas el desarrollo del cuadro de infracciones y sanciones previstas en la misma. Ni tan siquiera sería razón suficiente entender que dicha regulación limita su campo de aplicación al nivel mínimo de protección, único ligado a la garantía de igualdad básica amparada por el artículo 149.1.1º CE.

Creo que el tema no está cerrado pues aunque los dos recursos de inconstitucionalidad interpuestos contra la LPAPAPD fueron retirados por sus promotores<sup>15</sup>, es posible que se interpongan cuestiones de inconstitucionalidad por órganos judiciales con ocasión de la aplicación de los preceptos de la Ley en casos concretos.

En fin, se ha dicho en diversos foros (partidos políticos y sindicatos) que el sistema de atención a la dependencia debe regularse a través de una Ley básica estatal, que reconozca derechos y prestaciones básicas comunes a toda la ciudadanía, pero que, a la par, sea respetuosa con las competencias de las Comunidades Autónomas, evitando cualquier interpretación regresiva de la distribución constitucional y estatutaria de competencias. Entiendo que el legislador estatal ha querido, en lo posible, respetar estos parámetros. De ahí que algunas de las incoherencias y ambigüedades de la LPAPAPD sean el resultado de que el Estado ha regulado un ámbito que inserta en la materia “Servicios Sociales”, respecto de la que no tiene competencia, con el objetivo de crear un sistema nacional de dependencia, pero gestionado y prestado por las Administraciones autonómicas y locales. Consciente de ello, ha procurado invadir lo menos posible el ámbito material que corresponde por entero a las Comunidades Autónomas, para así dejarles la mayor capacidad posible para normar y

---

16/1996, de 1 de febrero, declararon que los derechos sociales del Capítulo III del Título I CE son derechos y deberes fundamentales a los que resulta aplicable el título competencial del art. 149.1.1º CE para preservar el principio constitucional de unidad. No comparto tal apreciación puesto que los derechos sociales del Capítulo III no son derechos fundamentales y el Tribunal Constitucional no afirma tal cosa en dichas Sentencias.

---

<sup>15</sup> Véanse los Boletines Oficiales del Estado, núm. 36, de 11 de febrero de 2008, y núm. 72, de 24 de mayo de 2008, donde se publican los desistimientos hechos por el Gobierno de Navarra y el Parlamento de Navarra.

desarrollar su modelo de atención a la dependencia dentro del marco básico que pretende imponer.

Por tanto, bastantes de los principios, criterios y pilares sobre los que se asienta la LPAPAPD, que solamente están apuntados, habrán de ser definitivamente perfilados, definidos y concretados por las Comunidades Autónomas mediante las correspondientes normas legales y reglamentarias.

## **2. Carencias de la Ley 39/2006.**

### **1ª. Sobre los derechos subjetivos de la ciudadanía.**

La LPAPAPD anuncia enfáticamente la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia como un “derecho subjetivo de ciudadanía” (art. 1.1) añadiendo su artículo 4.2 j) que las personas en situación de dependencia tienen el derecho a iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la Ley, pero, esto importa resaltarlo, en los términos establecidos en la misma.

La conformación de un derecho como subjetivo implica la capacidad del sujeto para exigirlo, si es preciso por vía judicial. Paralelamente exige, como contrapartida, la responsabilización pública en la creación y dotación de los recursos técnicos y económicos necesarios, a efectos de garantizar su efectividad.

Sin embargo, tan enfática declaración queda después desvirtuada y difuminada en la propia LPAPAPD por falta de precisión de algunos de los aspectos esenciales para la conformación legal de un “derecho subjetivo”. Veámoslo.

Acertadamente ha expuesto TORNOS MÁS<sup>16</sup>, que el derecho subjetivo a las prestaciones sociales se construye a través de cuatro elementos esenciales: a) los sujetos titulares del derecho; b) los requisitos objetivos de acceso a la prestación, c) el contenido de las prestaciones a las que se tiene derecho; d) el carácter gratuito o no de la prestación.

Pues bien, la LPAPAPD no define las características de ese pretendido derecho subjetivo, pues no concreta ni perfila suficientemente todos estos elementos.

#### a) Sujetos titulares.

En lo que hace a los sujetos titulares del derecho, en principio, nada que objetar ya que el artículo 5 atiende a circunstancias objetivas: situación efectiva de dependencia y residencia en territorio español de los españoles. Respecto de los extranjeros se estará a la legislación de extranjería y convenios internacionales.

El problema surge respecto a la residencia en el territorio español, pues se exige haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Esto es algo totalmente inusual en la conformación de un derecho subjetivo de carácter prescricional. La legislación sanitaria (Ley General de Sanidad y Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud) no exigen periodos mínimos de residencia, sólo exigen estar empadronado. En el ámbito de los Servicios Sociales, las leyes más recientes tampoco exigen, de entrada, un tiempo mínimo de residencia. Así, la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, que incorpora todas las prestaciones a la dependencia, en su artículo 4 establece que “*Serán titulares del derecho a acceder al sistema de servicios sociales establecidos en esta Ley Foral los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea empadronados en cualquiera de los municipios de Navarra así como lo extranjeros residentes.*” Por su parte, la Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales, en su artículo 5 define como titulares de los derechos que regula a las personas residentes en Cantabria. A su vez, la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña, establece en su artículo 6 que son titulares de los derechos de acceso a los servicios sociales los ciudadanos de los Estados miembros de Unión Europea empadronados en un municipio de Cataluña. En suma, lo usual es exigir exclusivamente el empadronamiento, no un periodo mínimo de residencia efectiva.

<sup>16</sup> “Efectividad de los derechos sociales y exigibilidad de los servicios sociales.” en Documentación Administrativa, núm. 271-272, 2005, p. 381.

No obstante, cierto es que la normativa citada, en supuestos puntuales sí exige algún concreto periodo de residencia efectiva. Así, por ejemplo, la citada Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, en su artículo 29 exige una residencia efectiva de doce meses anteriores a la solicitud para tener derecho a la renta básica, si bien en este mismo artículo establece, seguidamente, un importante listado de excepciones al requisito<sup>17</sup>. Igualmente, el Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Navarra, también exige la residencia efectiva y continuada en Navarra durante los doce meses anteriores a su solicitud para poder percibir la renta básica, requisito que, a su vez, es excepcionado por la Ley Foral 13/2008, de 2 de julio, respecto de las unidades familiares en situación de exclusión social con menores a su cargo.

Los periodos mínimos de residencia han sido cuestionados por los tribunales de justicia. Por ejemplo, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2004 -RJ 4035-, anula la condición impuesta en un acuerdo municipal por la que se exige estar inscrito con el carácter de residente en el Padrón municipal con tres años de antigüedad a efectos de obte-

ner un determinado beneficio, por considerarla contraria al principio constitucional de igualdad, que, en criterio del Tribunal Supremo, obligaría, al menos en principio, a un tratamiento igual para todos los residentes en el municipio y no a unos sí y a otros no. La jurisprudencia norteamericana ha considerado que el establecimiento de un periodo de un año de residencia en un Estado para poder acogerse a un programa de carácter social o sanitario vulnera el derecho fundamental a viajar, que no es sino el derecho fundamental a residir de buena fe en cualquier Estado de la Unión, y constituye una violación de la Cláusula de Igual Protección. (Caso Shapiro v. Thompson (394 US 618 -1969-)).

De todos modos, la jurisprudencia no niega sistemáticamente esta posibilidad, pero sí establece que cualquier diferencia ha de ser justificada y proporcionada de acuerdo con criterios o juicios de valor generalmente aceptados. El Tribunal Constitucional, a través de diversos pronunciamientos, ha fijado claramente la cuestión en los siguientes términos (STC 10/2005, de 20 de enero, F. J. 5):

“Sobre el alcance del principio de igualdad ante la ley este Tribunal ha elaborado en numerosas Sentencias una doctrina cuyos rasgos esenciales pueden resumirse como sigue: a) no toda desigualdad de trato en la Ley supone una infracción del artículo 14 CE, sino que dicha infracción la produce sólo aquella desigualdad que introduce una diferencia entre situaciones que pueden considerarse iguales y que carece de una justificación objetiva y razonable; b) el principio de igualdad exige que a iguales supuestos de hechos se apliquen iguales consecuencias jurídicas, debiendo considerarse iguales dos supuestos de hecho cuando la utilización o introducción de elementos diferenciadores sea arbitraria o carezca de fundamento racional; c) el principio de igualdad no prohíbe al legislador cualquier desigualdad de trato, sino sólo aquellas desigualdades que resulten artificiosas o injustificadas por no venir fundadas en criterios objetivos y suficientemente razonables de acuerdo con criterios o juicios de valor generalmente aceptados; y d) por último, para que la diferenciación resulte constitucionalmente lícita, no basta con que lo

---

<sup>17</sup> *Dispone el apartado 2 de este artículo que no será exigible el requisito relativo al periodo de residencia efectiva previsto en el párrafo b del apartado 1 del artículo, para los siguientes colectivos: a) Las mujeres víctimas de violencia de género según la definición de la Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas en las que concurren circunstancias que les impidan la disponibilidad de sus bienes, o que las coloquen en estado de necesidad, debidamente acreditadas mediante informe social emitido por un centro de Servicios Sociales de Atención Primaria o por el Centro de Información y Atención Integral a Víctimas de Violencia de la Administración del Gobierno de Cantabria; b) Las personas procedentes de otras Comunidades Autónomas, cuando estén percibiendo una prestación de análoga naturaleza en la Comunidad Autónoma de origen y fijen su residencia efectiva y habitual en la Comunidad Autónoma de Cantabria, siempre que exista reciprocidad. La Renta Social Básica y la prestación análoga de la Comunidad Autónoma de origen serán incompatibles; c) Las personas solicitantes de asilo, una vez admitida a trámite su solicitud, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 15 del Reglamento de aplicación de la Ley 5/1984, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, aprobado por Real Decreto 203/1995, de 10 de febrero, y siempre que carezcan de medios económicos suficientes para hacer frente a las necesidades básicas.*

sea el fin que con ella se persigue, sino que es indispensable además que las consecuencias jurídicas que resultan de tal distinción sean adecuadas y proporcionadas a dicho fin, de manera que la relación entre la medida adoptada, el resultado que se produce y el fin pretendido por el legislador superen un juicio de proporcionalidad en sede constitucional, evitando resultados especialmente gravosos o desmedidos.”

Por tanto, ha de destacarse negativamente la excesiva amplitud de la LPAPAPD en la conformación de este elemento (residencia mínima durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud), que lo desdibuja seriamente pues, en mi criterio, no resulta en modo alguno proporcional tal exigencia. Creo que, en línea con la legislación autonómica, para poder tildarse de razonable y proporcionada debe reducirse como mucho a un año de residencia efectiva, previéndose también las excepciones procedentes. Quiebra que, además, agranda el artículo 5.3 cuando dispone que “*El Gobierno podrá establecer medidas de protección a favor de los españoles no residentes en España.*” Así pues, concede al Gobierno una absoluta discrecionalidad para hacerlo o no.

b y c) Acceso y contenido de las prestaciones.

Respecto de los criterios de acceso y del contenido de las prestaciones, las determinaciones que incorpora resultan insuficientes (artículos 14 y 15)<sup>18</sup>, con un excesivo margen de discrecionalidad pues son numerosas las remisiones que sobre el contenido de las prestaciones se efectúan al reglamento y a lo que resulte de los Convenios. Veamos, seguidamente, el desarrollo reglamentario.

---

<sup>18</sup> En este mismo sentido se pronuncia MÚGICA HERZOG, E., Defensor del Pueblo, en su ponencia “Promoción de la autonomía personal y atención a las personas dependientes”, XXI Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo, Ediciones Hontanar, León, 2007, p. 305. Cita como lagunas en la definición: a) no establecer un nivel mínimo garantizado de protección, b) no determinar las prioridades en el acceso a los distintos servicios y prestaciones, c) no explicitar con precisión las obligaciones de cooperación y financiación asumidas por las distintas Administraciones, ni la participación concreta de los beneficiarios en el coste de los servicios.

A tenor del Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, que regula el nivel mínimo de protección del Sistema, en la conformación de ese nivel no se contempla un contenido mínimo prestacional que quede garantizado a cualquier persona, sino que se limita a establecer una cantidad mensual por beneficiario, grado y nivel de dependencia, que la Administración aporta al sistema, contenido que se prevé completar, pero sin que sea seguro, con una aportación similar por parte de las Comunidades Autónomas. En suma, la garantía de mínimos de cobertura se reconduce a la asignación de cuantías económicas por beneficiario y tipo de dependencia, esto es, al beneficiario se le hace entrega de una cantidad prefijada para la atención del servicio que precise, sin constatar si esa cuantía es suficiente o insuficiente para la adecuada atención que precisa<sup>19</sup>.

Por su parte, el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, que regula las intensidades de protección de los servicios, para su determinación remite en exceso al programa individual de atención, a las infraestructuras existentes, y a la normativa, condiciones y programas que se establezcan por cada Comunidad Autónoma (artículos 6 a 11). En fin, este Real Decreto tampoco construye auténticos derechos subjetivos a determinadas intensidades de protección, directamente exigibles ante los tribunales de justicia.

d) Gratuidad de la prestación.

Otro elemento perturbador en la construcción del derecho subjetivo es lo relativo al copago en cuanto no determina con una precisión suficiente la participación de los usuarios y sus límites. Más adelante vuelvo sobre esto.

Aparte de los cuatro elementos analizados, desdibuja también la naturaleza de derecho subjetivo, el hecho de que a través de la disposición adicional tercera de la LPAPAPD, las ayudas técnicas, las adaptaciones en el hogar o la eliminación de barreras

---

<sup>19</sup> Véase en este mismo sentido, el Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz La atención a las personas mayores dependientes en Andalucía, Defensor del Pueblo Andaluz, 2008, p. 143.

Las cuantías económicas para el año 2008 han sido actualizadas por el Real Decreto 6/2008, de 11 de enero, modificado por el Real Decreto 179/2008, de 8 de febrero.

arquitectónicas, tan imprescindibles para reducir el nivel de dependencia, se excluyan del catálogo de prestaciones y se consideren objeto de subvención; ayudas que quedan a la discrecionalidad de las Administraciones respectivas.

Por tanto, en términos jurídicos, no estamos ante auténticos derechos subjetivos, pues la respuesta a la real necesidad del dependiente puede ser parcial o, incluso, inexistente. En suma, derecho subjetivo será lo que resulte de los Convenios que se puedan firmar y de lo diga el reglamento autonómico, no lo que dicen la LPAPAPD y sus reglamentos de desarrollo.

#### 2ª. Sobre las prestaciones.

Enlazando con lo anterior, procede advertir que, a pesar de que la LPAPAPD declara que los servicios (prestaciones técnicas) tienen carácter prioritario, sin embargo, luego construye un mero sistema de prestaciones económicas y ayudas a cuidadores: cubre el sistema económicamente, no cualitativamente. No garantiza un mínimo prestacional o asistencial, sino una cantidad mensual<sup>20</sup>.

#### 3ª. Sobre el copago.

He dicho que un elemento perturbador en la construcción del derecho subjetivo es que la LPAPAPD no asegura la total gratuidad de las prestaciones garantizadas, pues prevé que su efectividad quede sometida a copago (artículo 33). Ciertamente, el copago (generalizado en todos los sistemas europeos de atención a la dependencia) no es en términos jurídicos incompatible con la conformación de la asistencia o de la prestación como derecho subjetivo siempre que, como dispone su artículo 33.4, la contribución económica se condicione al criterio de la capacidad económica del usuario y al de universalidad, de forma que ninguna persona pueda quedar sin atención por falta de medios económicos, pero se compeadece mal con esa conformación por cuanto en

---

<sup>20</sup> Parece indiscutible, de un lado, que la insuficiencia de recursos técnicos, situación que se prolongará durante años en muchas Comunidades Autónomas, hará que las prestaciones económicas sean las protagonistas, y, de otro, que la prestación económica también está prevista para contribuir a los gastos derivados de la atención prestada por cuidadores informales o no profesionales en el propio domicilio del dependiente.

no pocos casos supondrá una barrera de entrada al sistema y al acceso y uso de los servicios y prestaciones, particularmente respecto de personas con modestos recursos económicos<sup>21</sup>.

#### 4ª. Sobre la naturaleza jurídica del copago y la reserva legal.

El artículo 33 de la LPAPAPD contempla el copago por parte de los beneficiarios de las prestaciones de dependencia, distinguiendo para ello entre servicios asistenciales, hoteleros y de manutención, y en función del coste del servicio y la capacidad económica de la persona.

Esta regulación resulta totalmente insuficiente por indeterminada y poco compatible con la definición del derecho como subjetivo. Además, el artículo 33 remite la fijación de los criterios para la aplicación del copago al Consejo Territorial del Sistema, que, después, serán concretados en los Convenios a suscribir con las Comunidades Autónomas.

Sin embargo, el copago tiene la naturaleza de prestación patrimonial de carácter público. Y resulta que el artículo 31.1 CE predica la reserva de Ley formal respecto del establecimiento de todo tipo de prestaciones patrimoniales de carácter público. Conforme a la STC 185/1995 la coactividad es la nota distintiva fundamental del concepto de esta prestación. Conforme a la doctrina sentada por el TC, una

---

<sup>21</sup> Son frecuentes los casos de personas que quedan excluidas del sistema bien por imposibilidad de realizar la aportación económica necesaria pero que por razones de baremo tampoco pueden acceder en régimen de gratuidad, bien porque no están dispuestos a pagar por recibirlos dado el detrimento que supone en sus modestos ingresos. De todos modos, no se me oculta que socialmente el copago está justificado respecto de determinados colectivos. Es el caso, por ejemplo, de las personas mayores dependientes que cuentan con un patrimonio (vivienda en propiedad, rentas, etc.) y ya no tienen cargas familiares (viudos, solteros) que ingresan en una residencia de por vida. Si la asistencia deviene gratuita por haberse implantado una financiación "solidaria" vía impuestos y presupuestos generales, ese sistema solidario y universalista sirve para costear la preservación íntegra del patrimonio de esa persona, que pasará a los herederos, lo que no es justo. No debe ser este el resultado de las políticas públicas sociales. Sin embargo, es lo cierto que se suele tomar la renta como único elemento modulador del copago y dado el nivel de fraude fiscal es evidente que la carga del copago recae sobre las economías modestas dependientes de una nómina.

prestación encaja en el artículo 31.3 CE en tres supuestos: a) si el servicio por cuya prestación se exige aparece impuesto por la normativa; b) en las situaciones de monopolio público, de hecho o de Derecho; c) cuando el servicio, aún sin venir impuesto por la norma, puede calificarse como esencial o indispensable, en cuyo caso, la decisión de demandar el servicio tampoco es, realmente, libre. Y no cabe duda de que los servicios y prestaciones que integran el sistema de dependencia son absolutamente indispensables para la vida de los sujetos que los solicitan, al estar íntimamente vinculados a su salud e, incluso, a su autonomía personal<sup>22</sup>.

Entonces, los requisitos legales para poder configurarse como prestación patrimonial de carácter público (creo que debería configurarse técnicamente como tasa, pues aunque teóricamente pueda decirse que la actividad de la Administración es de solicitud voluntaria, de facto es obligatoria<sup>23</sup>) son:

a) Reserva de Ley: se cumple parcialmente con el artículo 33. Las menciones mínimas que contiene suponen atribuir una libertad casi ilimitada al Consejo Territorial en la configuración del copago.

b) La Ley debe incorporar criterios claros y suficientes para hacer las correspondientes determinaciones cuantitativas: el artículo 33 no los contiene pues hace referencias excesivamente imprecisas respecto a la cuantificación y, como ya he dicho, atribuye una libertad casi ilimitada al Consejo Territorial. Entiendo que el Consejo Territorial debe consensuar criterios a título meramente indicativo, de manera que, después o antes, debe ser el legislador autonómico quien fije esos criterios mínimos imprescindibles en razón de la naturaleza de prestación pública del copago (tope máximo global, esca-

las progresivas, exenciones, renta básica intocable<sup>24</sup>, etc.). Por lo demás, el copago no ha de ser necesariamente uniforme en todo el país en cuantías máximas y en los supuestos a aplicar.

#### 5ª. Sobre la estructuración del sistema.

El Sistema adolece de bastante indefinición:

- Se estructura en tres niveles prestacionales. El primario (prestaciones mínimas comunes) es modulado o cuantificado y financiado íntegramente por el Estado. El tercer nivel (prestaciones adicionales) queda a la libre opción y financiación de las Comunidades Autónomas. Empero, el segundo nivel, de singular importancia, no queda garantizado en todo el territorio del Estado y, además, queda excesivamente indefinido en cuanto a prestaciones y financiación, por cuanto queda al albur de los Convenios bilaterales que se puedan suscribir.

- El cálculo presupuestario es insuficiente<sup>25</sup>. La estimación inicial de dependientes se ha quedado muy corta. En algunas Comunidades Autónomas se ha duplicado el número.

- El baremo aprobado por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, es, según las sociedades científicas<sup>26</sup>, suficiente para medir la dependencia física, pero insuficiente para evaluar patologías de salud mental ya que el ámbito psiquiátrico conlleva una complejidad mayor en el análisis del paciente al entrar en juego la voluntad y la iniciativa del afectado. Debe contemplar, cuando menos, la comorbilidad, el rendimiento cognitivo y la capacidad de los pacientes para realizar actividades cotidianas.

- Tras dos años desde su nacimiento, estamos ante un sistema en formación, bastante confuso y con dificultades serias para arrancar<sup>27</sup>. Resulta paradójico

<sup>22</sup> Sobre estas cuestiones, véase el trabajo de MARTÍN FERNÁNDEZ, F. J., y RODRÍGUEZ MÁRQUEZ, J, La financiación del Sistema Nacional de Dependencia, *Quincena Fiscal Aranzadi*, núm. 12/2006, Aranzadi, SA, Pamplona.

<sup>23</sup> En este mismo sentido se pronuncia CALVO ORTEGA, R., "El principio constitucional de asistencia social suficiente ante situaciones de discapacidad", en la obra colectiva *Situaciones de Dependencia: regulación actual y nuevas perspectivas*, Thomson-Civitas, 2007, p. 107.

<sup>24</sup> Por ejemplo, que quede un mínimo de 100 a 150 euros mensuales para el bolsillo.

<sup>25</sup> El cálculo se hizo sobre una encuesta de discapacitados realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 1999 y recogida en el Libro Blanco de la Dependencia.

<sup>26</sup> Véase *Diario Médico* de 3 de julio de 2008.

<sup>27</sup> Cierto que, por ejemplo, el Sistema Nacional de Salud, tardó años en estructurarse, pero no por insuficiencia de definición en la Ley General de Sanidad.

que incardinándose el sistema en la materia servicios sociales y, por ende, en el ámbito del Derecho Administrativo, sin embargo, prácticamente todos los estudios sobre la LPAPAPD publicados hasta ahora han sido elaborados por profesores del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social (recordemos que la LPAPAPD evita incardinar el sistema en la materia Seguridad Social). Es más, en algunas Comunidades Autónomas los litigios se están residenciando en la jurisdicción social (Cataluña, etc.), cuando parece claro, en mi criterio, que deben residenciarse en la jurisdicción contencioso-administrativa.

#### 6ª. Sobre la prevención.

No desarrolla la parte de promoción de la autonomía y, por tanto, de la prevención. La LPAPAPD no define criterios de prevención. Por su parte, el artículo 5 del Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, relativo a la intensidad del servicio de prevención, remite la intensidad a lo que establezcan los propios servicios. Total, nada de nada garantizado.

Además, la paradoja es que para poder ser beneficiario de los servicios y prestaciones establecidas por la LPAPAPD (se supone que también las de prevención) se ha de estar expresamente declarado dependiente. Sin embargo, la prevención tiene un valor fundamental al facilitar la prolongación de la vida autónoma y retrasar o evitar la situación de dependencia.

Podrá argumentarse que la prevención también se ha de hacer sobre dependientes para evitar o retrasar un mayor grado de dependencia. De facto, donde se hace algo de prevención es en los centros de día<sup>28</sup>, pero, en la práctica, se observa una desviación masiva de los recursos hacia la asistencia, con olvido de la prevención. Esta es la tendencia generalizada en todas las Comunidades Autónomas.

#### 7ª. Sobre la atención sociosanitaria.

La LPAPAPD tiene un sesgo exclusivamente social, obviando lo sanitario. Tiene lagunas impor-

---

<sup>28</sup> Los centros de día constituyen la plataforma principal sobre la que actualmente se articulan las políticas sociales de prevención de la dependencia.

tantes como la indefinición de los servicios y los contenidos de las prestaciones socio-sanitarias. No incorpora medidas para la integración o coordinación, desde un punto de vista técnico (no organizativo) de la atención social con la sanitaria.

Respecto de la vertiente sanitaria de la atención a la dependencia prácticamente nada dispone. Su artículo 15, destinado al catálogo de servicios, en cuanto a las prestaciones sanitarias y sociosanitarias se remite a las que se regulan en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Pero resulta que esta Ley se limita a hacer una definición teórica de la prestación sociosanitaria<sup>29</sup>, y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que desarrolla la Ley estableciendo la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, no concreta el contenido de la Cartera de Servicios de atención sociosanitaria, posponiéndola a otro reglamento todavía no promulgado. Subyace, pues, en la LPAPAPD un desligamiento total entre los aspectos sociales y sanitarios de la atención a la dependencia ya que, en definitiva, no contempla ni aborda la regulación de los importantes aspectos sociosanitarios, y, por su parte, la legislación sanitaria, como hemos visto, tampoco los regula convenientemente. Más adelante vuelvo sobre esto.

#### 8ª. Sobre la coordinación funcional de lo social y lo sanitario.

En lo que hace a tal coordinación, la LPAPAPD no incorpora norma alguna respecto a la articulación o coordinación de lo social y lo sanitario en la atención a la dependencia<sup>30</sup>. Sin embargo, se ha dicho que en el siglo XXI es muy difícil trazar una línea de separación entre envejecimiento, asistencia sanitaria

---

<sup>29</sup> El artículo 14 de esta Ley 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."

<sup>30</sup> No me refiero a la coordinación interadministrativa ya que el título competencial del artículo 149.1.1º CE, que es el único utilizado por el legislador para elaborarla, no permite regular aspectos organizativos de las Comunidades Autónomas.

y dependencia. Y, en efecto, la atención sanitaria a las personas en situación de dependencia es un factor clave en la cobertura de sus necesidades. Por tanto, la efectiva implantación y dación del contenido prestacional establecido en la LPAPAPD obligará a adoptar medidas conjuntas entre el sistema social y el sanitario, además de en el campo de las prestaciones propiamente sociosanitarias -que insisto, carecen de regulación-, en la prevención y en la valoración de las situaciones de dependencia y en la potenciación de la autonomía y, finalmente, en la planificación. Ninguna de estas cosas se tiene respuesta en la LPAPAPD.

9ª. Sobre el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Se trata de un órgano de naturaleza colegiada, con mayoría de representantes de las Comunidades Autónomas, conformado como el instrumento de cooperación para la articulación del Sistema.

El artículo 5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, creó las Conferencias Sectoriales como órganos multilaterales de cooperación. ¿Este órgano tiene la naturaleza de Conferencia Sectorial, sometido, por tanto, a las normas de funcionamiento de ese artículo 5?

Por las funciones y competencias que se le asignan<sup>31</sup> y porque las normas de funcionamiento las fijará el propio Consejo Territorial, creo que tiene una naturaleza distinta a la de las Conferencias Sectoriales. En este sentido, se echa en falta, al menos desde una óptica jurídico-administrativa, una determinación más precisa de su naturaleza, encuadre y funciones.

10ª. Sobre los cuidadores no profesionales y asistentes personales.

La LPAPAPD diferencia los cuidadores no profesionales de los asistentes personales.

Son cuidadores no profesionales las personas de la familia o del entorno de la persona dependiente (artículo 2.5). Conforme al artículo 1 del Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, pueden asumir la condición de cuidadores no profesionales de una persona en situación de dependencia, su cónyuge y sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco. Y añade que cuando la persona dependiente tenga su domicilio en un entorno caracterizado por insuficiencia de recursos públicos o privados acreditados, la despoblación, o circunstancias geográficas o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención, la administración competente podrá excepcionalmente permitir la existencia de cuidados no profesionales por parte de una persona de su entorno que, aun no teniendo el grado de parentesco exigido, resida en el municipio de la persona dependiente o en uno vecino, y lo haya hecho durante el periodo previo de un año. La seguridad social de estos cuidadores no profesionales se instrumenta a través del convenio especial previsto en el artículo 125.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Sin embargo, a pesar de ser la normativa laboral competencia exclusiva del Estado, lo que no ha hecho la LPAPAPD es definir la naturaleza del vínculo jurídico que une al cuidador no profesional con la persona dependiente, particularmente cuando no se trata de un familiar directo.

Son asistentes personales los que realizan o colaboran en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal (artículo 2.6). Su contratación sólo está prevista para personas con gran dependencia (artículo 19). En cualquier caso, conforme al Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, su consideración es la de trabajador en régimen laboral.

Los apartados 4 y 5 del artículo 14 disponen que el beneficiario puede, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales o asistentes personales.

Cuando se trata de un familiar directo, cónyuge, madre, hijo, puede plantearse que la prestación pública que otorga el sistema tenga la naturaleza de sub-

---

<sup>31</sup> *Algunas, en mi criterio, inconstitucionales por invadir el ámbito exclusivo de las Comunidades Autónomas.*

vención, pero cuando sea una persona no familiar, casos bastante frecuentes, parece que la relación ha de ser laboral (común o especial, pero laboral), pues la cuantía económica que recibe, en mi criterio, es una retribución por un trabajo por cuenta ajena<sup>32</sup>. No creo que la cuantía que reciba el cuidador no profesional deba serlo a título de “prestación económica pública” por la comisión del servicio de cuidado y asistencia a una persona dependiente. Creo que esa cuantía debe serlo a modo de retribución por un trabajo por cuenta ajena.

De otro lado, el cuidador no profesional del “entorno” queda excesivamente indefinido y, al parecer, exclusivamente limitado a pequeños municipios. Pero lo cierto es que este tipo de cuidadores no familiares cada vez son contratados con mayor frecuencia por familias que viven en municipios grandes y que no pueden atender al familiar dependiente, normalmente por razones laborales. Entonces, conforme a la literalidad de la LPAPAPD, no pueden recibir la prestación económica por la contratación de este tipo de cuidadores no familiares, lo que me parece bastante injusto para la propia familia y para el cuidador, que de ninguna forma está contemplado en la LPAPAPD.

Se echa en falta también, no tanto en la LPA-PAPD como en la reglamentación de desarrollo, un Estatuto o Carta del Cuidador no Profesional donde se reflejen todas las necesidades innatas a su actividad.

### **3. Dificultades para la aplicación de la LPAPAPD.**

La LPAPAPD dispone que corresponde a las Comunidades Autónomas determinar los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir. Hecha esta valoración, seguidamente, ha de aprobarse el Plan Individualizado de Atención (PIA) en el que se concretan los servicios y

prestaciones requeridos por el dependiente y que se asumen como un derecho subjetivo cuando la prestación está garantizada. Finalmente, corresponde a las Comunidades Autónomas y, en su caso, a las Entidades locales, crear los servicios para hacer efectivas las prestaciones a la dependencia.

Empero, existen serias dificultades para poner en marcha este proceso, dada la carencia de recursos humanos y materiales, incluso conceptuales, para llevar a cabo estos procesos de valoración, carencia a la que hay que sumar la de servicios, plazas, técnicos y personal capacitado para hacer efectivas las prestaciones reconocidas, cuando lo estén. Estas carencias no son fáciles de solventar en plazos cortos de tiempo pues exigen fuertes inversiones económicas por parte de las Comunidades Autónomas, inversiones que, además, estarán drásticamente limitadas o recortadas por la crisis económica en al que hemos entrado en el año 2008. En suma, la previsible falta de inversión (insuficiencia), a la que hay que añadir los desacuerdos entre Comunidades Autónomas y Gobierno central, impiden atisbar, ni por aproximación, cuando pueden llegar a ser una realidad los postulados de la LPAPAPD.

## **III. LAS INTERACCIONES EN EL ÁMBITO DE LA DEPENDENCIA.**

### **1. Los parámetros que fija la Ley 39/2006.**

La Administración General del Estado legalmente asume la responsabilidad de determinar reglamentariamente y financiar un nivel mínimo de protección, así como convenir con las Administraciones autonómicas un nivel de protección que podemos denominar ordinario, acordando los servicios y prestaciones que incrementarán el nivel mínimo. Su papel no es, pues, de gestor o prestador. Lo es exclusivamente de ordenador y financiador de los servicios y prestaciones mínimas y, en su caso, de un porcentaje de las ordinarias.

A los Parlamentos y Administraciones de las Comunidades Autónomas les corresponde respectivamente regular, ordenar, planificar, dirigir, inspeccionar y evaluar la calidad de las prestaciones y los servicios de atención a la dependencia en el ámbito

---

<sup>32</sup> Sobre esta problemática, véase *ÁLVAREZ CORTÉS, J. C.*, “Situación social de los cuidadores no profesionales”, en el libro colectivo *Situaciones de dependencia: regulación actual y nuevas perspectivas*, Thomson-Civitas, 2007, pp. 437 a 491. Este autor se decanta por la inexistencia de una relación laboral.

de su territorio, así como hacer efectivas las prestaciones gestionando los servicios correspondientes. Pueden definir niveles de protección adicionales a los fijados como mínimos o convenidos con la Administración General del Estado. Les corresponde, pues, el peso principal de montar, estructurar y gestionar la “atención integral” a las personas en situación de dependencia.

A las Administraciones de las Entidades Locales les compete participar en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.

## **2. La interacción estructural, organizativa y funcional para la atención sociosanitaria.**

### **A. Diferencias entre los Sistemas de Sanidad y de Servicios Sociales.**

De entrada, conviene precisar que esta articulación no resulta nada sencilla dada la complejidad y la fragmentación de los Sistemas de sanidad y de servicios sociales, así como de sus distintos tratamientos jurídicos. En dicha complejidad intervienen los siguientes elementos<sup>33</sup>:

- Diferencias en la naturaleza de los derechos. En efecto, mientras el derecho a la protección de la salud se ha conformado como un auténtico derecho subjetivo, universal y gratuito salvo en los medicamentos, la prestación de servicios sociales, al margen de contadas excepciones, no se configura como un derecho subjetivo. Las prestaciones propias de los servicios sociales siguen siendo en general gratificables y, por ende, no exigibles ante los tribunales de justicia.

- Diferencias funcionales y financieras. Mientras lo sanitario está perfectamente estructurado y determinado (catálogo de prestaciones sanitarias), lo social es más ambiguo, representado lo residual. Sus sistemas de financiación son, también, muy distintos: la sanidad es universal y gratuita, mientras que los servicios y prestaciones sociales generalmente están

sometidos a copago. De ahí que la frontera entre ambas materias sea actualmente cambiante, pues existe una predisposición de las Administraciones Públicas a trasladar costes del ámbito sanitario al social, en el que la prestación de los servicios cuenta con la participación financiera del asistido.

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

- Diferentes conocimientos y competencias profesionales en el ámbito sanitario y de servicios sociales. Dicho de otra forma, inexistencia de un espacio sociosanitario<sup>34</sup>.

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

Los descritos elementos, provocan, a su vez, una naturaleza variable y cambiante de las fronteras entre lo social y lo sanitario, siendo patentes los problemas de coordinación de los sistemas de sanidad y de servicios sociales.

---

<sup>33</sup> Para esta exposición sigo el Informe Extraordinario del ARARTEKO “Atención Sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos” ARARTEKO, 2008, pp. 40 y ss.

---

<sup>34</sup> Es usual, por ejemplo, que en el ámbito de los enfermos mentales, los sanitarios den el alta médico-psiquiátrica con facilidad, en cuanto el enfermo está estabilizado, pero sin tener en cuenta sus necesidades sociales que no están cubiertas de ninguna manera. Por otra parte, los recursos sociales no suelen dar respuesta a los problemas sanitarios.

B. La articulación de la Administración del Estado con las Administraciones Autonómicas.

Al Consejo Territorial le corresponde la elaboración y aprobación del Marco de la cooperación interadministrativa para el desarrollo de la LPAPAPD, cooperación que se hará efectiva mediante la suscripción de Convenios entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas. Sin embargo, siendo predicable de la atención a la dependencia las notas de universalidad e igualdad, mal se compadece con estas notas o principios el hecho de que la cooperación interadministrativa y la financiación del catálogo ordinario de prestaciones se base exclusivamente en la bilateralidad, esto es, en la voluntaria adopción de Convenios, esto es, de acuerdos concretos y puntuales susceptibles por ello de verse afectados y condicionados por consideraciones políticas de oportunidad, lo que puede razonablemente conducir, no tanto a diferencias, que son constitucionalmente posibles entre las Comunidades Autónomas ya que el nivel de prestaciones finalmente lo han de fijar ellas libremente, sino a discriminaciones injustificadas en los niveles de atención a las personas dependientes, pues ha de entenderse que si no hay Convenio no hay financiación.

Desde el punto de vista financiero, más que de Convenios libremente pactados en cuanto a sus contenidos, estamos ante contratos de adhesión, en la medida en que los Convenios tienen un contenido predeterminado que las Comunidades Autónomas no pueden pactar. En dichos Convenios han de recogerse las intensidades de prestación y los criterios de reparto (artículo 32.3) de los fondos que corresponden a cada Comunidad Autónoma entre los servicios que preste, fijados por el Consejo Territorial. Si esto es así, estamos ante una transferencia condicionada, lo que es contrario a la autonomía financiera de las Comunidades Autónomas, según ha señalado la STC 13/1992, de 6 de febrero.

En fin, si el nivel de gasto que cada Comunidad Autónoma asigne al nivel de protección cooperativo, no lo designa y reparte libremente ella, sino que lo hace el Estado o el Consejo Territorial, como parece desprenderse de los artículos 8.2 b), 10.3 y 32.3,

estaríamos ante un modelo de articulación inconstitucional por vulnerar la autonomía financiera y política de las Comunidades Autónomas.

El mecanismo de financiación compartida debería ser igual y sostenible para con todas las Comunidades Autónomas.

C. La articulación o coordinación de las estructuras administrativas y asistenciales responsables en el nivel de las Administraciones autonómicas:

La propia LPAPAPD, en su art. 11.c) establece que corresponde a las Comunidades Autónomas establecer los procedimientos de coordinación socio-sanitaria.

Del contexto de la LPAPAPD resulta la necesidad de planificar nuevas estructuras para ofrecer asistencia integrada y continua. Contempla la atención de necesidades complejas de asistencia sanitaria y ayuda social de personas que han perdido su autonomía debido a enfermedades crónicas. Es necesario, pues, avanzar en la atención sociosanitaria, fundamental para una buena atención a la dependencia, lo que requiere dar pasos en este sentido y llegar a acuerdos entre los órganos competentes en ambas áreas.

Actualmente, las Administraciones implicadas, con desprecio del principio de coordinación a que están constitucionalmente sujetas (artículo 103.1 CE), siguen fraccionando la atención a personas dependientes en función de la prevalencia de determinados elementos o componentes, como lo sanitario, lo social, lo económico, lo familiar, la edad, etc. Cuando en un ciudadano concurren diversas problemáticas, la acción de las Administraciones Públicas en lugar de reforzarse, coordinándose, tiende a diluirse o desinteresarse amparándose en la concurrencia de competencias de unas u otras. En suma, las respuestas a las demandas de las personas dependientes no son integrales, ni lo han sido nunca.

Se trata, pues, de la articulación o coordinación de las estructuras asistenciales implicadas, esto es, las de servicios sociales y las de sanidad. Muy pocas Comunidades Autónomas han adoptado verdaderas medidas al respecto.

Ante el reto de la “atención sociosanitaria” o quizás mejor de la “atención integral” a las personas en situación de dependencia, las Comunidades Autónomas están experimentando los siguientes modelos de atención:

*a) Modelo basado en la coordinación e integración funcional de las respectivas estructuras organizativas de los Sistemas de Servicios Sociales y Sanitario.*

Es el más generalizado. Trata de coordinar los servicios sociales y los sanitarios al objeto de ofrecer una respuesta global a las necesidades de la atención integral que se presenta en las personas dependientes. Se parte de la existencia de dos redes o sistemas prestadores (Sanidad y Servicios Sociales) diferentes, pero que ante las personas dependientes han de actuar necesariamente de forma simultánea, conjunta y complementaria<sup>35</sup>. Para lograrlo en algunos casos

---

<sup>35</sup> *En el ámbito de la atención primaria, las actuaciones en el campo de salud y la acción social están muy interrelacionadas, hasta el punto de que llegan a confundirse. Ambos sistemas procuran un tratamiento asistencial, preventivo y educativo de la persona modulando a tal efecto programas sanitario-sociales. Entre las funciones de los Servicios Sociales de Base está la de dar la cobertura propia del trabajo social a los servicios sanitarios públicos de la Zona Básica de Salud a la que estén adscritos, coordinando sus actuaciones con el resto de los servicios sociales existentes en la Zona, así como participar activamente en la programación, ejecución y evaluación de las actividades de los Equipos de Atención Primaria desde la perspectiva del trabajo social. Es relativamente usual que las demarcaciones territoriales de los Servicios Sociales de Base queden fijadas por remisión a las previstas para las Zonas Básicas de Salud. A su vez, los reglamentos de las estructuras de atención primaria de salud, suelen definir como funciones propias de los equipos de atención primaria las de colaborar en las tareas de reinserción social y la de coordinarse con los servicios sociales públicos de la Zona, participando activamente en la programación, ejecución y evaluación de sus programas. Ello obliga a que en los equipos sanitarios se integren trabajadores sociales. Su trabajo ha de consistir fundamentalmente en adquirir un conocimiento suficiente de la situación personal y social del paciente y ayudarle a usar los recursos de la comunidad para contribuir de manera más efectiva a hacerle recuperar la salud.*

*En el ámbito de la asistencia especializada, las interconexiones también surgen continuamente. Es el caso, por ejemplo, de los enfermos mentales, de la prevención de minusvalías o de la asistencia a drogadictos o alcohólicos. También el de atención a los ancianos enfermos que ocupan indebidamente plazas de hospitales, cuando debieran ser atendidos por centros especializados de servicios sociales. Es muy frecuente el caso de que un hospital dé el alta a un anciano porque ya no puede hacer más por él, pero no pueda ser asumida la continuidad de su asistencia por los servicios sociales al no contar con centros adecuados para ello (los llamados centros sociosanitarios). En suma, una persona en situación de dependencia queda desatendida. La descoordinación en este ámbito es bastante importante, lo que provoca notables lagunas en las estructuras de atención a estas personas. De ahí que se postule la readaptación de centros hospitalarios a centros de media y larga estancia, y la creación de profesiones como la enfermería comunitaria. Preciso es reconocer que, en general, la descoordinación en estos ámbitos es bastante importante existiendo notables lagunas en las estructuras de atención a estos colectivos. Y es necesario insistir en que la coordinación entre los*

se crean órganos específicos de coordinación (por ejemplo, comisiones sociosanitarias de distrito o zona; consejos; puestos de trabajo individuales de coordinador, planes, etc.<sup>36</sup>). En otros, se prescinde de estas estructuras coordinadoras, que en general han sido bastante inoperantes, y se trata de coordinar directamente los servicios, centros y profesionales implicados (por ejemplo, creando órganos, no de coordinación, sino de gestión de prestaciones sociosanitarias: direcciones generales, subdirecciones, etc.).

Algunas Comunidades Autónomas, están ensayando -las que lo hacen, que no son todas- distintas fórmulas de coordinación creando al efecto variedad de órganos de tipo consultivo o ejecutivo. No merece la pena detenernos aquí para describir con detalle cada una de estas experiencias. Me limito a describir dos experiencias (Castilla y León y Galicia), por considerarlas de las más elaboradas y por ser representativas de las fórmulas y órganos de coordinación a que me refiero.

---

*servicios sociales de base y los de salud mental es decisiva para la correcta atención de estos enfermos y, en general, de las personas en situación de dependencia, sean o no enfermos.*

*Es igualmente el caso de los enfermos psiquiátricos cuya atención está a caballo entre la asistencia sanitaria y la social. No cabe duda alguna de que para este colectivo, así como para el de los ancianos, ha de crearse un nuevo espacio asistencial, que convencionalmente se ha denominado “espacio sociosanitario”. Los dispositivos y programas de atención a los enfermos mentales tienen carácter o naturaleza sociosanitaria y con esta vocación han de concebirse, por lo que toda la estructura organizativa y competencial que ha de dar soporte a la atención de la salud mental en sus variables sanitaria y social debe ser unitaria, esto es, debe estar plenamente integrada, superando la estructura y organización actual, que no garantiza la continuidad de la atención de las necesidades sanitarias y de las sociales.*

<sup>36</sup> País Vasco: Consejo Vasco de Atención Socio-Sanitaria.

Navarra: Coordinador del Plan Foral de Atención Socio-Sanitaria, adscrito a Salud.

Asturias: Consejos de salud en los que participan profesionales de servicios sociales y de atención primaria de salud.

Castilla y León: Plan socio-sanitario y Comisiones sociosanitarias provinciales.

Valencia: Programa PALET para pacientes crónicos terminales, y Comisiones de coordinación por áreas de salud

Castilla la Mancha: Planes de Atención a las Personas Mayores  
Andalucía: II Plan de Salud, que incluye el desarrollo de mecanismos de coordinación entre hospitales, atención primaria, servicios sociales y otras instituciones.

Extremadura: Plan marco de atención sociosanitaria Extremadura 2005-2010.

El modelo de Castilla y León, partiendo del primer Plan de Atención Sociosanitaria de 1998, se instituyó a través del Decreto 74/2000, de 13 de abril, profundamente modificado por el Decreto 49/2003, de 24 de abril. Con la finalidad de coordinar las actuaciones relativas al desarrollo, seguimiento y evaluación de la planificación de la atención sociosanitaria, se han creado los siguientes órganos: a) el Consejo de Dirección del Plan Sociosanitario, concebido como el órgano superior de coordinación en el ámbito regional; b) la Comisión de Dirección del Plan Sociosanitario del Área de Salud, que actúa en cada Área como órgano coordinador de las actuaciones de las instituciones sanitarias y sociales pertenecientes a cualquiera de las Administraciones vinculadas a los objetivos y programas de la planificación sociosanitaria; c) la Comisión de Coordinación de la Atención Sociosanitaria del Área de Salud, que actúa como órgano técnico-consultivo de la Comisión de Dirección del Plan Sociosanitario del Área de Salud, así como de viabilización de las propuestas y estudios de los profesionales de los distintos centros y servicios integrados en el Plan de Atención Sociosanitaria; d) el Coordinador del Plan de Atención Sociosanitaria del Área de Salud, que asume el papel de impulsar en las Áreas de Salud el desarrollo de la planificación sociosanitaria, e) los Equipos de Coordinación de Base, concebidos como mecanismo formalizado de relación entre los servicios sociales y los sanitarios más próximos al ciudadano al objeto de garantizar la adecuada gestión de aquellos casos que requieran la prestación simultánea, o sucesiva, de servicios sociales y sanitarios, y detectar las necesidades de mejora tanto de procesos como de servicios o recursos. El II Plan Sociosanitario de Castilla y León dice que este modelo se encuentra intrínsecamente ligado al principio de integración funcional entre los Sistemas de Acción Social y Sanitario, no tratándose de crear una tercera red gestora, sino de establecer una auténtica red de coordinación, un conjunto de cauces de conexión estables y a todos los niveles entre los servicios sociales y los sanitarios, conformando así un modelo organizativo que garantice la prestación integrada de los servicios sanitarios y sociales a todos aquellos ciudadanos que precisen de ambos. Las líneas es-

tratégicas y áreas de intervención son: 1º Potenciar la coordinación sociosanitaria; 2º Garantizar la prestación integrada de servicios en el ámbito comunitario, y prevenir la dependencia; 3º Mejorar la atención integral en los centros de carácter social y la continuidad de cuidados en los hospitales; 4º Atender a las necesidades específicas de determinados colectivos.

El modelo de Galicia se ha implantado en la reciente Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia.

Enmarca la cuestión estableciendo los siguientes principios generales (artículo 136):

- La consecución de una sociedad gallega de avanzada calidad de vida, donde todas las personas tengan derecho al bienestar y a vivir su vida con plenitud, salud y madurez, de acuerdo con sus decisiones, precisa unos servicios sociosanitarios adecuados y de calidad.

- Como parte de los servicios de bienestar, la atención sociosanitaria deberá cubrir las diferentes necesidades de las personas bajo criterios de igualdad, equidad, accesibilidad, universalidad y complementariedad en la acción de las diferentes administraciones.

- En este sentido la Consellería de Sanidad promoverá la cooperación y coordinación con el Sistema Gallego de Servicios Sociales, para que la atención a las circunstancias y necesidades sociales y las acciones de prevención y asistencia sanitaria se complementen de forma adecuada. Igualmente, fomentará actuaciones integrales sociales y sanitarias ante aquellas circunstancias de dependencia, cronicidad, discapacidad u otras en que la cooperación de los dos sistemas conlleve ventajas sociales y asistenciales.

Descritos los principios informantes, define la atención sociosanitaria como el conjunto de cuidados sanitarios y de aquellos otros que correspondan dentro del sistema de servicios sociales establecido en su normativa específica, destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la atención simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y

sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social<sup>37</sup>.

Seguidamente, puntualiza que en el terreno sanitario la atención sociosanitaria comprende: - los cuidados sanitarios de larga duración, - la atención sanitaria a la convalecencia, - la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable, y que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes, así como entre los departamentos competentes en materia de sanidad y en materia de servicios sociales de la Xunta de Galicia.

Como Instrumento de coordinación crea la Comisión Interdepartamental de Coordinación de la Atención Sociosanitaria de Galicia, integrada, al menos, por: a) la persona titular de la Consellería con competencias en materia de sanidad; b) la persona titular del departamento de la Xunta de Galicia con competencias en la planificación y ordenación del Sistema Gallego de Servicios Sociales; c) la persona titular de la Secretaría General de la Consellería de Sanidad; d) las personas titulares de la(s) secretaria(s) general(es) de la(s) Consellería(s) con competencias en materia de bienestar social; e) dos personas representantes del Servicio Gallego de Salud; f) una persona representante de cada una de las diferentes áreas de la Administración de la Xunta de Galicia con competencias en el ámbito sociosanitario; g) una persona representante de la Consellería de Economía y Hacienda.

Atribuye a la Comisión Interdepartamental de Coordinación de Atención Sociosanitaria de Galicia, las siguientes funciones: a) orientar las directrices de la política sociosanitaria de Galicia; b) coordinar las diferentes administraciones y organizaciones que participan en la atención sociosanitaria; c) proporcionar la información que permita el funcionamiento en red de los centros y entidades dedicadas a la aten-

ción sociosanitaria; d) colaborar en la resolución de los problemas que se identifican en Galicia dentro de la atención sociosanitaria; e) coordinar los diferentes recursos para conseguir la eficiencia en la prestación de servicios sociosanitarios; f) elaborar su reglamento de funcionamiento.

Finalmente se dispone que por Decreto y a propuesta de la Comisión Interdepartamental de Coordinación de la Atención Sociosanitaria, se establecerán los mecanismos e instrumentos de coordinación de la atención sociosanitaria a nivel territorial en las áreas sanitarias, y que en estos instrumentos de coordinación se garantizará una adecuada representación de los poderes públicos locales con competencias en la materia.

*b) Refundición de las Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales.*

Este modelo que abordo ahora no es diferente del anterior. Se basa también en la coordinación e integración funcional de lo sanitario y lo social. No obstante, creo que se merece un apartado propio por cuanto se opta refundir las Consejerías de Sanidad y de Servicios Sociales.

Inicialmente tenían refundidas ambas Consejerías las Comunidades Autónomas de Navarra, Galicia, Castilla-La Mancha, Asturias y La Rioja. Entre los años 2003 y 2007 también las tuvo refundidas Cantabria. En estos momentos, sólo las tienen Extremadura y Castilla-La Mancha<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> *La estructuración actual por Comunidades es la siguiente: ANDALUCÍA (Consejerías de Salud y de Igualdad y Bienestar Social); ARAGÓN (Consejerías de Salud y Consumo y de Servicios Sociales y Familia); ASTURIAS (Consejerías de Salud y Servicios Sanitarios y de Bienestar Social); BALEARES (Consejerías de Salud y Consumo y de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración); CANARIAS (Consejerías de Sanidad y de Bienestar Social, Juventud y Vivienda); CANTABRIA (Consejerías de Sanidad y de Empleo y Bienestar Social); Castilla-La Mancha (Consejería de Salud y Bienestar Social); CASTILLA Y LEÓN (Consejerías de Sanidad y de Familia e Igualdad de Oportunidades); CATALUÑA (Departamentos de Salud y de Acción Social y Ciudadanía); EXTREMADURA (Consejería de Sanidad y Dependencia); GALICIA (Consejería de Sanidad y Vicepresidencia de Igualdad y Bienestar); LA RIOJA (Consejerías de Salud y de Servicios Sociales); MADRID (Consejerías de Sanidad, de Familia y Asuntos Sociales, de Inmigración y Cooperación y de Empleo y Mujer); MURCIA (Consejerías de Sanidad y de Política Social, Mujer e Inmigración); NAVARRA*

---

<sup>37</sup> *Transcribe literalmente la definición de atención sociosanitaria que hace el artículo 14.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Lo único que añade es que los cuidados son sanitarios y sociales.*

Merece la pena detenernos un momento para describir el modelo organizativo seguido por estas últimas Comunidades Autónomas.

Respecto de Cantabria, la Ley 6/2001, de 20 de noviembre, de atención y protección a las personas en situación de dependencia, configuraba el sistema de atención a las personas dependientes como una red de utilización pública, diversificada, y que integra de forma coordinada centros y servicios públicos y privados debidamente acreditados, que denomina sociosanitarios, estructurándolos en tres niveles. Atribuía a la entonces existente Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, las siguientes funciones: a) regulación, autorización y control de los centros, servicios, establecimientos y actividades sociosanitarias; b) elaboración y propuesta para su aprobación por el Gobierno de Cantabria del plan de acción sociosanitaria de atención a personas en situación de dependencia, c) la gestión de los recursos públicos propios de atención a personas dependientes; d) favorecer la conciliación de la vida familiar y laboral de los individuos con una persona dependiente a su cargo, con el fin de favorecer la permanencia de ésta en su domicilio, o apoyando a las familias en todos los aspectos de carácter social. A las Entidades Locales les reconoce las siguientes competencias: a) desarrollar la gestión de los servicios de primer nivel de apoyo en el domicilio; b) colaborar en la gestión de cualesquiera otras actividades sociosanitarias, en materia de: -coordinación de los programas de prevención e incorporación social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio; -apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades, de acuerdo a las directrices del plan de atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma; -formación en materia del personal propio; -promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial. Esta Ley dispuso la creación dentro de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales de una Dirección General de Aten-

ción Sociosanitaria, con la misión de planificar y ordenar las diferentes actuaciones que se lleven a cabo en materia de atención y protección a las personas dependientes (artículo 9). También contemplaba la creación de instrumentos de coordinación, tales como el Consejo Asesor de personas Dependientes (artículo 10). Más tarde, mediante el Decreto 55/2003, de 11 de julio, se extraen de esta Consejería las competencias y funciones en materia de consumo, pasando a denominarse Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, y por Decreto 133/2003, de 31 de julio, se modifica la estructura de la Consejería procediéndose a la supresión de la Dirección General de Atención Sociosanitaria y de la Dirección General de Acción Social como órganos directivos, y a la creación de las nuevas Direcciones Generales de Políticas Sociales y de Servicios Sociales. La modificación persigue la reordenación del área de bienestar social en un doble sentido: de una parte, unificar en una sola Dirección General la gestión de servicios sociales, hasta ahora dispersa en las dos Direcciones Generales suprimidas, lo que, en criterio del gobierno cántabro, debía redundar en la eficacia, agilidad y coordinación administrativa de este sector; de otra parte, se crea una nueva Dirección General cuyo cometido fundamental es el diseño y planificación de las políticas de naturaleza social, en aras a coadyuvar a la optimización de los recursos y a la renovación e implantación de los programas de servicios sociales

En mi criterio, el modelo organizativo rediseñado por el Gobierno de Cantabria era acertado. De un lado, asegura un buen grado de coordinación entre el Sistema Sanitario y el de Acción Social al integrar las estructuras organizativas de ambos Sistemas en la misma Consejería y, por ende, bajo una misma dirección. De otro lado, rechaza abiertamente la creación de una nueva red sociosanitaria para lo que incluso se termina suprimiendo la inicialmente creada Dirección General de Atención Sociosanitaria, distribuyendo las funciones propias de esta Dirección entre las Direcciones Generales de Políticas Sociales y de Servicios Sociales. Y es que, en efecto, la atención a la dependencia no debe ser un sistema o una red autónoma y diferente. Es simplemente un ámbito más del Sistema de Acción Social y en menor medida un ámbito más del Sistema de Sanidad.

---

*(Departamentos de Salud y de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte); PAÍS VASCO (Consejerías de Sanidad y de Vivienda y Asuntos Sociales); VALENCIA (Consejerías de Sanidad y de Bienestar Social).*

Sin embargo, posteriormente, el Parlamento de Cantabria promulga la Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales. Esta Ley configura un Sistema Público de Servicios Sociales y una Cartera de Servios Sociales, pero no prejuzga qué Consejería será la competente en la materia. Sin embargo, seguidamente, por Decreto 9/2007, de 12 de julio, de reorganización de las Consejerías, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, pasa a denominarse Consejería de Sanidad, y la Consejería de Relaciones Institucionales y Asuntos Europeos, a su vez, pasa a denominarse Consejería de Empleo y Bienestar Social. Por su parte, el Decreto 99/2007, de 2 de agosto, de estructuración de esta última Consejería, integra la Subdirección General de Dependencia en la Dirección General de Servicios Sociales.

Extremadura aprobó en el año 2004 un Plan Marco de Atención Sociosanitaria en el que se diseña una coordinación horizontal y vertical de los sistemas sanitario y de servicios sociales, creando para ello los siguientes órganos de coordinación: a) Comisión de seguimiento de plan sociosanitario; b) Comisión permanente intersectorial sociosanitaria; c) Comisiones sociosanitarias de zona; d) Comisiones sociosanitarias comunitarias. Además, es la única Comunidad Autónoma que, de momento, ha reestructurado su Administración para acomodarla a los nuevos planteamientos que se derivan de la aplicación de la LPAPAPD. Recientemente, por Decreto 17/2007, de 20 de julio, la Junta de Extremadura ha remodelado las Consejerías para poder disponer de una estructura transversal que permita dar respuestas más eficientes a los ciudadanos. En ese sentido su apuesta por las políticas sociales se plasma en todos los Departamentos en los que se estructura la Junta, pero de forma especial en la Consejería denominada de Sanidad y Dependencia. Son objetivos de esta nueva Consejería, según reza el Decreto, trabajar intensamente para poder prestar unos servicios de calidad a los ciudadanos en materia sanitaria, con un compromiso claro por la mejora continua de la calidad. Pero, además, establecer las políticas para prevenir las situaciones de dependencia y favorecer la autonomía personal y atender a la dependencia de forma integral e integrada. La Consejería de Sanidad y Dependencia se conforma como una gran apuesta

por el futuro de los servicios sociosanitarios en la Comunidad Autónoma. Detrae de Servicios Sociales toda la estructura dedicada a la atención a la dependencia y la integra en la nueva Consejería de Sanidad y Dependencia, configurando, en lo que aquí importa, dos Direcciones Generales: la de Asistencia Sanitaria y la de Atención Sociosanitaria y de Salud. Se reafirma expresamente la intención de lograr una coordinación horizontal y vertical de los sistemas sanitario y social en su conjunto.

Sorprende esta remodelación en cuanto parece que, desoyendo los mandatos de la LPAPAPD<sup>39</sup>, integra la atención a los dependientes en el ámbito y la materia sanidad, en lugar de en la materia servicios sociales.

Castilla-La Mancha, mediante el Decreto 125/2008, de 31 de agosto, crea la Consejería de Salud y Bienestar Social, refundiendo así las anteriores de Sanidad y Bienestar Social. La razón aportada es la evitar solapamientos asistenciales. En el momento de escribir estas líneas no se ha promulgado todavía la estructura de esta nueva Consejería.

*c) Modelo basado en la creación de una nueva red de atención sociosanitaria.*

El otro modelo, radicalmente diferente, consiste en crear una red de atención sociosanitaria entendida como un conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención sociosanitaria, reorientando servicios sanitarios y servicios sociales, algunos de los cuales, junto a otros recursos específicos, pasan a formar parte de un tercer Sistema denominado Sistema o Red de Atención Sociosanitaria. Así, por ejemplo, la Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a los ancianos, de Andalucía, habla de Sistema Sociosanitario y de Red Sociosanitaria (arts. 24 y 26).

Como paradigma de este modelo tenemos el caso de Cataluña, que creó la Red de Servicios Sociosanitarios como desarrollo del programa “Vida als Anys”. El programa propició la creación de una red específica de servicios sociosanitarios compuesta por servicios de internamiento de larga estancia, centros

<sup>39</sup> Cosa que, sin duda, en términos constitucionales puede hacer.

y unidades de media estancia para atender a personas en fase de convalecencia y subaguda de enfermedad, así como en fase terminal mediante cuidados paliativos, servicios de día sociosanitarios equipos de evaluación y soporte y centros residenciales y ambulatorios para personas con problemas de drogodependencia<sup>40</sup>. El sistema es cofinanciado por el Servicio Catalán de la Salud y el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, si bien la vinculación es mayor con el área de salud. Es un modelo de referencia en todo el Estado, incluso está pilotado por la OMS, aunque también es rechazado por la doctrina científica en cuanto fracciona los Sistemas de Servicios Sociales y de Sanidad, rompe la naturaleza sistémica de la Sanidad y de los Servicios Sociales, y crea una tercera red que exige nuevas medidas de coordinación.

*d) Modelo privatizador del sistema (proceso de valoración y de prestación de servicios).*

La Comunidad Valenciana, caso singular, esta practicando una abierta y decidida política de privatización de servicios de atención a la dependencia, tanto de los servicios de valoración y elaboración de los PIAs como de las prestaciones consiguientes. El Gobierno ha encomendado las funciones de valoración y elaboración de los PIAs a AVAPSA (Agencia Valenciana de Prestaciones Sociales), sociedad anónima mercantil de capital público. Sin embargo, el artículo 27 de la LPAPAPD dispone que los órganos de valoración deben tener, en todo caso, carácter público. Encomendar esta función a una sociedad mercantil sometida al derecho privado y con personal laboral, aunque sea de capital público, no parece lo más indicado. Creo que la función de evaluación, en la que debe primar la profesionalidad, imparcialidad, objetividad, etc., debe estar reservada a personal funcionario con cualificación idónea<sup>41</sup>. Las presta-

ciones y servicios a los dependientes las concierta con la iniciativa privada lucrativa.

En la Ley de Presupuestos para 2008, ha establecido el silencio administrativo negativo en los procedimientos de reconocimiento de la situación de dependencia, que hasta entonces era positivo (disposición adicional 11). El Defensor del Pueblo ha tenido que impugnar ante el Tribunal Constitucional tal disposición adicional<sup>42</sup>.

D. La articulación de las Administraciones autonómicas y las municipales.

Conforme al artículo 12 de la LPAPAPD, las entidades locales han de participar en la gestión de los servicios de atención a los dependientes de acuerdo con la normativa que al respecto fije cada Comunidad Autónoma.

Desde el punto de vista doctrinal, es comúnmente admitido que, sin perjuicio de las competencias que el ordenamiento vigente les atribuye en cada caso, debe corresponder a los Ayuntamientos en su ámbito territorial cuando menos la gestión de los servicios de primer nivel de apoyo en el domicilio, así como colaborar en la gestión de cualesquiera otras actividades sociales o sociosanitarias que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio. Ahora bien, el problema crónico de las Entidades Locales está en la falta de fuentes estables de financiación para la prestación de estos servicios. Generalmente tienen que acudir a la celebración de convenios o a la obtención de subvenciones de las Administraciones autonómica o estatal<sup>43</sup>.

La legislación autonómica, por lo general, atribuye indiscriminadamente las mismas competencias a todas las entidades locales sin distinción alguna en

---

<sup>40</sup> Véase el Decreto 92/2002, de 5 de marzo, que estable la tipología de centros sociosanitarios.

<sup>41</sup> CCOO ha interpuesto recurso contencioso-administrativo frente a la delegación en AVAPSA de la realización del proceso de valoración y determinación de PIA, por considerar que los ciudadanos valencianos no disponen de las mismas garantías de imparcialidad, confidencialidad y profesionalidad que los del resto del Estado español.

---

<sup>42</sup> El recurso de inconstitucionalidad realmente se basa en que la citada disposición no cumple con las condiciones establecidas por el TC para delimitar el ámbito dentro del que puede incluirse una materia concreta en la Ley de Presupuestos.

<sup>43</sup> Por ejemplo, mediante el Real Decreto 918/2006, de 28 de julio, el Estado dispone la concesión de subvenciones a ocho Ayuntamientos, que se instrumentarán mediante los correspondientes convenios de colaboración, con la finalidad de finalizar la construcción, ampliación, adaptación o equipamiento de centros de atención a personas mayores en situación de dependencia.

razón del número de habitantes. Sin embargo, la experiencia enseña que esta tradicional asignación igualitaria de competencias en servicios sociales no es realista pues los municipios pequeños, al carecer de financiación y población suficiente, no han sido ni son capaces de desarrollarlos por sí solos, y cuando lo han hecho ha sido gracias a las aportaciones y subvenciones de la Administración autonómica. Esta dependencia financiera de la Administración autonómica sigue siendo hoy determinante. En mi criterio, como quiera que la reforma de los municipios con drástica reducción de su número parece, hoy por hoy, utópica, es precisa una redefinición de las competencias de los municipios en función de su número de habitantes, habida cuenta que los municipios con muy escasa población y, por ende, escasa o nula financiación no pueden prestar los mismos servicios sociales que los medianos o los grandes<sup>44</sup>. Buen ejemplo de tal redefinición ha sido la Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales, del País Vasco.

La Comunidad Foral de Navarra, sin embargo, en su reciente Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, en lugar de hacer una redefinición de competencias, opta por asignar a los servicios sociales de base -de titularidad municipal- cuatro programas de implantación obligatoria, pero dispone que cuando su implantación no sea viable, se garantizará su oferta desde el nivel de área a través de unos centros de nueva creación: los centros de servicios sociales, pero de titularidad de la Administración foral. Y, en efecto, una de las novedades destacables que la Ley Foral aporta a la red de servicios sociales son estos centros de servicios sociales de titularidad y gestión de la Administración de la Comunidad Foral, configurados como servicios de apoyo a la atención primaria y con ámbito de actuación en el área. Su función es la de servir de apoyo a los servicios sociales de base municipales y la de sustituirlos en sus debilidades o cuando no exista suficiente casuística para la dotación de personal *ad hoc*. El legislador foral pretende solucionar así la

limitada capacidad de los municipios para cumplir con sus obligaciones de creación, mantenimiento y gestión de servicios sociales de base, esto es, de crear y gestionar la estructura de atención primaria.

#### **IV. HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.**

En la mayoría de los países de nuestro entorno es una constante la adopción de modelos mixtos de atención sociosanitaria. En efecto, sin perjuicio de optar, de entrada, por el modelo de coordinación o el de integración, siempre hay una cierta combinación de ambos modelos tanto en los niveles de organización como en los de intervención. Es frecuente que, además de la creación de las correspondientes estructuras e instrumentos de coordinación, en el nivel primario se tienda a una integración funcional, e incluso en algún caso orgánica, de estructuras y medios asistenciales como fórmula de articulación de las redes sanitaria y de servicios sociales.

En mi criterio, partiendo de la idea de que la dependencia debe integrarse en el sistema de servicios sociales, parece más oportuno que se refundan en una misma Consejería o Departamento la sanidad y los servicios sociales, con una integración no orgánica sino funcional de la asistencia sociosanitaria, esto es, una integración funcional de los servicios sociales y sanitarios, sobre todo los de atención primaria (centros de día y comunitarios que ofrezcan la generalidad de los servicios con el objetivo de mantener al dependiente en su entorno familiar y social habitual), así como la reorientación del sistema sanitario y el de servicios sociales hacia la complementariedad y el trabajo en equipo: se trata de compartir una visión integral (equipos múltiples e interdisciplinarios que realicen la valoración de las necesidades, gestionen los recursos ambulatorios, hospitalarios y residenciales, y hagan un seguimiento continuo de la atención prestada a los dependientes).

En cualquier caso, lo que sí parece imprescindible al objeto de estructurar y consolidar un espacio sociosanitario es combinar actuaciones a nivel estratégico (normación, organización planificación, financiación, etc.) propias de los órganos superiores de la Administración, con acciones de carácter operati-

<sup>44</sup> *Sobre esta cuestión, me remito a mi trabajo "Los principios de organizativos de la Administración social: descentralización, participación, coordinación y cooperación" en Documentación Administrativa, núms. 271-272, INAP, agosto de 2005, pp. 207 a 236.*

vo por los niveles inferiores (centros comunitarios, creación de equipos multidisciplinares, etc.) en las que el enfoque predominante, si no único, son las personas a atender. Así, en función de las necesidades reales de los dependientes, poder diseñar respuestas adecuadas, perfilando, en consecuencia, actuaciones de coordinación o de integración de los recursos sanitarios y sociales existentes (fundamentalmente, mediante el trabajo interdisciplinar). Dicho de otra forma, adaptando las estructuras de atención a las necesidades de las personas, no obligando a las personas a adaptarse a las estructuras.

Ambos niveles de actuación son necesarios pues se complementan mutuamente supliendo las carencias que uno y otro nivel tienen por sí solos. En suma, se trata de conseguir una articulación real, no sólo teórica o sobre el papel, de ambas redes; una articulación que garantice, en la medida de lo posible, una asistencia integral y continuada de la persona.

#### **V. LA ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUA DEL DEPENDIENTE: LA CALIDAD DEL SERVICIO UNIDA AL PAPEL DE LA ENFERMERÍA Y DEL TRABAJO SOCIAL.**

En las dos últimas décadas del pasado siglo, las Administraciones asistenciales han centrado sus esfuerzos en lo cuantitativo, esto es, en los recursos, en la dotación de servicios y prestaciones. Sin embargo, en el presente y de cara al futuro, además de cubrir lo cuantitativo, carencia particularmente sentida en la atención a la dependencia, es ineludible afrontar también lo cualitativo, es decir, centrar la atención, además de en los recursos, en sus destinatarios, los usuarios, pues actualmente la ciudadanía demanda que los servicios y prestaciones existentes se efectúen con unos niveles de calidad apropiados. En definitiva, el Estado social del siglo XXI reclama de los poderes públicos y de las Administraciones competentes, no sólo un determinado *quantum* prestacional, sino una calidad suficiente de las prestaciones y servicios a que viene obligado. Exige la conformación de eficaces y eficientes Administraciones prestacionales. Es, pues, deber de una buena Administración pública y, en concreto, de una buena Ad-

ministración prestacional, y paralelamente derecho del ciudadano, que gestione los servicios y realice la asistencia con una calidad suficiente. Se trata de modernizar las estructuras, de ordenar y actualizar los métodos y, como prestadora de servicios a los ciudadanos, de adoptar un modelo de progresiva calidad.

En esta línea, el artículo 34 manda fomentar la calidad en la atención a la dependencia con el fin de asegurar la eficacia en la prestación de los servicios. Pues bien, respecto a la calidad de los servicios y prestaciones, sin minusvalorar los criterios de calidad mínimos a exigir por igual a los centros y servicios de titularidad pública y privada, creo ha de darse una particular atención a la formación de los profesionales y no profesionales cuidadores de los dependientes. Para ello, dispone el artículo 36 que los poderes públicos determinarán las cualificaciones profesionales idóneas para el ejercicio de las funciones que se correspondan con el Catálogo de servicios establecidos.

Creo que la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria es la idónea para cubrir este campo<sup>45</sup>, pero es imprescindible que el programa de formación de la especialidad profile adecuadamente el contenido y currículo de la misma para que cubra convenientemente los aspectos sociosanitarios. Al respecto, creo interesante aludir a la figura de la “Enfermera Comunitaria de Enlace” en la Atención Domiciliaria, particularmente instrumentada en Andalucía<sup>46</sup>. Los o las enfermeras que quieran dedicarse a la atención sociosanitaria a dependientes deben poseer conocimientos sobre enfermería comunitaria, enfermería geriátrica y enfermería médico-quirúrgica, ade-

---

<sup>45</sup> Conforme al Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería, éstas son las siguientes: - Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona); - Enfermería de Salud Mental; - Enfermería Geriátrica; - Enfermería del Trabajo; - Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos; - Enfermería Familiar y Comunitaria; - Enfermería Pediátrica.

<sup>46</sup> La Orden de 9 de marzo de 2004 del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, recoge en su artículo 28 la necesidad de mejorar los cuidados enfermeros a domicilio para las personas mayores o con discapacidad que lo necesiten, así como prestar apoyo y formación a las cuidadoras familiares en su labor. Para ello define el refuerzo de los equipos enfermeros de los grandes núcleos de población.

más de dominar técnicas de prevención y educación sanitaria.

La enfermera comunitaria, en el ámbito de la atención primaria de salud, asume actualmente la responsabilidad de gestión de casos al contar con el perfil profesional idóneo para ofrecer una atención integral e integradora de calidad, eficaz y eficiente, tanto a la persona dependiente, como a su familia y al cuidador no profesional, todo ello en el contexto comunitario.

Se ha dicho que su cometido consiste en revisar a las personas incluidas en los programas de Atención Domiciliaria, tanto por la Atención Primaria de Salud como por los Servicios Sociales. Con formación específica sobre valoración integral y coordinación, recoge la información específica sobre las necesidades de mayores, discapacitados y sus cuidadores, para compartirla, revisarla y coordinar las intervenciones con todos los profesionales y miembros del equipo de atención primaria, además de los familiares implicados. Hace una valoración específica del paciente y su cuidador necesitados de atención domiciliaria. Se concentra en detectar, valorar e intervenir de forma precoz en problemas de salud y

paliar los existentes, actuando en cooperación con el equipo. Presta apoyo al cuidador principal, de forma individual y grupal, realizando talleres para la formación de los cuidadores sobre cuidados básicos. Realiza, junto con el resto del equipo, todas aquellas actividades dirigidas a la información y formación de los cuidadores, prestando apoyo al cuidador principal, de forma individual y grupal. Incorpora a su modelo de práctica clínica la coordinación como elemento fundamental, constituyendo un eslabón entre la Atención Especializada y la Atención Primaria, teniendo una participación activa en la discusión de casos, sesiones de seguimiento de planes de cuidados conjunto, realización de planificaciones al alta conjunta.

También es cualificación profesional idónea la del trabajador social. Se entiende que el trabajo social cuenta con técnicas válidas y fiables para valorar la convivencia, la sobrecarga del cuidador, el estado de la red de apoyo social, los recursos existentes, así como para realizar una intervención a largo plazo que fomente el incremento de la calidad de vida de las personas.