

La coordinación sociosanitaria: necesaria y posible

Héctor Maravall Gómez-Allende
Director General del INSERSO

En los círculos y sectores especializados en política social uno de los conceptos más utilizados y debatidos en los últimos años es sin duda el de "la coordinación socio-sanitaria" (c.s.s.), hasta convertirse en una referencia casi obligada en cualquier debate, seminario o publicación.

Sin embargo la proliferación del término, casi fetiche, está dando lugar a reacciones encontradas, desde los que tienen un cierto escepticismo hasta los que consideran la c.s.s. el remedio mágico que arreglaría todos los problemas de la atención a la dependencia, pasando por quienes no ocultan su crítica a la incapacidad de las Administraciones para afrontar una cuestión, en la que todos aparentemente estamos de acuerdo.

Surgen, pues, algunas preguntas lógicas, ¿es realmente tan importante la c.s.s.? ¿existe unos niveles preocupantes de falta de c.s.s.? ¿es tan difícil conseguirlo? ¿hemos avanzado algo en estos años? ¿dónde están los escollos para avanzar?

Intentaré ir contestándolas partiendo de una declaración de principios inequívoca: desde una concepción moderna y progresiva de los Sistemas Públicos de Protección Social la integralidad, la transversalidad de las políticas sociales es una muestra de madurez, racionalidad, calidad de la atención y optimización del Sistema y ello sólo es posible a través de la coordinación, cuando no integración de los servicios de atención.

Y ese reto de las políticas sociales, no está siendo fácil de lograr ni siquiera en los países que han tenido, y siguen teniendo en la actualidad, los Sistemas más avanzados y consolidados de Europa. Pero el que éste sea un déficit compartido en mayor o menor grado con nuestros socios de la Unión Europea, ni debe ser motivo de consuelo ni óbice para analizar las peculiaridades de nuestro Sistema de Protección Social, que sin duda tiene elementos de dificultad añadida.

Las tres bases de la c.s.s. son: *derivar al usuario al recurso más idóneo para su ade-*

cuada atención, garantizar una rápida derivación de un recurso a otro en función de los cambios en la situación del usuario y para todo ello disponer de una red de servicios suficientemente diversificada y dotada.

Todo esto parece tan obvio que no merece mucha explicación, pero si exige una premisa fundamental: el que ambos Sistemas de Protección Social: el Sistema Nacional de Salud y los Servicios Sociales, tengan un nivel de desarrollo, no voy a decir igual pero si equilibrado, pero nuestra realidad es muy diferente.

No es nada exagerado ni una visión interesada o corporativa del tema el afirmar que los Servicios Sociales son el ámbito menos desarrollado del moderno Sistema de Protección Social de nuestro país que arranca con la reforma institucional de la Seguridad Social en 1978 y con la aprobación de la Constitución democrática, convirtiéndose en la última prioridad, (si se puede llamar prioridad a lo último), tras el Sistema de Pensiones, el Sistema de Salud, el Sistema Educativo o la Protección al Desempleo.

Ya en la propia Constitución encontramos un tratamiento muy diferente de las políticas sanitarias y de los servicios sociales. Así, mientras se reconoce el Derecho a la Salud como un derecho universal para toda la población, no hay tal reconocimiento en lo que se refiere a los

Servicios Sociales. Lo que si bien podría tener una cierta explicación, dado el nulo desarrollo de los Servicios Sociales en 1978, sí podría haber aparecido como un objetivo con un calendario temporal más o menos dilatado.

En 1978 se crea el INSALUD y el IN-SERSO, este último como Instituto de Servicios Sociales de la Seguridad Social, si bien destinado básicamente a dos colectivos importantes pero muy específicos. Las personas mayores de 65 años y los discapacitados.

Paralelamente la Constitución sitúa las competencias de atención básica en materia de asistencia social (denominación poco afortunada y heredera de concepciones muy tradicionales de la política social) en las Comunidades Autónomas y en las Corporaciones Locales.

En los más de 21 años transcurridos, el proceso de desarrollo de ambos sistemas ha sido muy importante, aunque desde luego desigual.

La década de los 80, como es conocido, ha sido la de la universalización de la asistencia sanitaria y la del impulso del nuevo modelo de atención primaria. Y ello combinado con un proceso de descentralización y trasvase de competencias a las CC.AA., que se acerca al 60% de la población y eso sí, con un marco de referencia común, como es la Ley Gene-

ral de Sanidad, que por cierto no contiene, a pesar de ser aprobada en la mitad de la década de los 80, ninguna referencia al acelerado proceso de envejecimiento que estaba ya empezando a ser muy visible en nuestro país.

El impresionante crecimiento de la asistencia sanitaria en centros, equipamientos, profesionales, programas y en definitiva recursos económicos, no había tenido hasta hace pocos años una definición de las prestaciones y derechos de los ciudadanos en materia de salud, más allá de las definiciones genéricas de la citada Ley general y del Texto Refundido de la Seguridad Social.

Cuando ello ha tenido lugar, a través del Catálogo de Prestaciones Sanitarias, ha estado condicionado por el crecimiento de las demandas sociales de carácter cualitativo, por la aparición de nuevas y urgentes demandas de atención, pero también de manera clara por la evolución del gasto sanitario, por lo que la atención a la dependencia, un problema ya muy identificado en los años 90 y con unos costes previsiblemente en ascenso, se mueve entre la indefinición y una cierta tendencia a la derivación al ámbito de los servicios sociales.

En lo que respecta a los Servicios Sociales, si bien se ha recuperado una parte sustancial del atraso histórico, levantan-

do en estas dos décadas, prácticamente de la nada, un conjunto importante de centros, equipamientos, profesionales, programas, etc. Y aunque se ha diversificado extraordinariamente la atención hacia otros colectivos sociales y en muchos casos se ha avanzado en la universalización, sin embargo al ser tan insignificante el punto de partida y aunque el crecimiento del gasto ha sido relevante, éste ha ido muy por detrás de las necesidades sociales.

Por otra parte al carecer de un marco legislativo estatal común, ocasión perdida en la legislatura (1982-1986), sin obviar que en todo caso era un tema polémico constitucionalmente, el desarrollo de los Servicios Sociales por parte de las Comunidades Autónomas ha sido realmente heterogéneo en cuanto al tipo de prestaciones e intensidad de las mismas.

El diferente calendario de transferencias de los Servicios Sociales del Estado a las Comunidades Autónomas, el diferente nivel de recursos y equipamientos preexistentes y transferidos, la distinta implantación de la iniciativa social, tanto la de carácter solidario como la mercantil, junto a otros elementos de carácter más estructural, desarrollo económico y social, dispersión de la población, ruralización/urbanización, envejecimiento, capacidad de financiación, etc., han configu-

rado asimismo, desigualdades y desequilibrios entre unas Comunidades y otras, mucho más acentuadas en los servicios sociales que en lo que se refiere al Sistema Nacional de Salud.

La Administración Local, aunque con importantes diferencias en función de la sensibilidad política y social de cada corporación, recursos disponibles, etc., también han ido construyendo su propia red de servicios sociales de atención primaria, no siempre bien integradas con las redes autonómicas.

En lo que se refiere a la Administración General del Estado, junto con el fortísimo impulso del INSERSO, el Plan Concertado en primer y especial lugar y otros Planes Sectoriales posteriores, han sido sin duda un factor muy importante de financiación, impulso y dinamización, aunque claramente insuficientes.

Por lo que en definitiva, el Mapa de los Servicios Sociales en nuestro país es mucho más dispar, heterogéneo e incompleto que el del Sistema Nacional de Salud. Y si en el ámbito de la Sanidad ha sido posible la elaboración del citado Catálogo de Prestaciones, en el de los Servicios Sociales, aún estamos lejos de lograrlo.

Así pues como primera conclusión podemos decir que el desarrollo histórico del Sistema Nacional de Salud y de los Servicios Sociales dificultan objetivamen-

te avanzar en esos 3 elementos esenciales que definen la c.s.s.

Sin embargo los impresionantes cambios demográficos y socio-culturales sucedidos en nuestro país en apenas 20 años, con la prolongación espectacular de la esperanza de vida, las transformaciones en el papel de las familias y en especial de la mujer, han hecho inevitable e imprescindible un giro sustancial en esa evolución no convergente del Sistema Nacional de Salud y los Servicios Sociales.

Y aunque es un proceso conocido en ámbitos especializados como es el lector de esta Revista, sí considero oportuno hacer una breve referencia a cual ha sido la evolución de los planteamientos de c.s.s. en el ámbito de la Administración General del Estado, siendo conscientes de que ha habido asimismo proyectos y procesos positivos de c.s.s. en algunos ámbitos autonómicos.

Cuando a finales de los años 80 se inició la elaboración del Plan Gerontológico, una de las tareas centrales del mismo fue, en primer lugar definir y en segundo término apostar por la coordinación del Sistema Nacional de Salud y los Sistemas de Servicios Sociales en la atención a las personas mayores.

También el Informe sobre la situación del Sistema Nacional de Salud elaborado

por una comisión de expertos presidida por Abril Martorell, ya contenía algunas referencias claras sobre la necesidad de la coordinación socio-sanitaria.

A partir de la publicación del Plan Gerontológico en 1992, empezó a trabajar un grupo de expertos y responsables del INSERSO y del INSALUD para ir fijando los criterios y puesta en marcha de esa Coordinación.

Su trabajo culminó en el plano político-institucional, en el Acuerdo Marco de Colaboración entre el Ministerio de Asuntos Sociales y el de Sanidad y Consumo, firmado en diciembre de 1993 y que fue seguido por un Convenio ya más concreto de Coordinación, en los temas relacionados con la atención a las personas mayores.

La importancia que se dió por el gobierno de entonces a esta política de Coordinación Socio-Sanitaria, se reflejó en que fue incluida en el Plan de Convergencia con la Unión Europea como uno de sus objetivos importantes. Igualmente se incorporó al Segundo Programa de Modernización de las Administraciones Públicas.

Hay que reconocer que ese importantísimo respaldo político, sin embargo no vino acompañado del necesario respaldo presupuestario, posiblemente por la concurrencia en el tiempo del inicio de la ne-

gociación de las transferencias del INSERSO y por la tradicional debilidad efectiva del área de Asuntos Sociales en las negociaciones presupuestarias, a diferencia de la fuerza del área sanitaria.

En cualquier caso el Convenio dio resultados positivos, de tal forma que hasta 1996, año en que se produjeron la mayor parte de las transferencias del INSERSO a las Comunidades Autónomas del art. 143, se pusieron en marcha 27 experiencias piloto, en Madrid, Valladolid, Murcia, Guadalajara, Zaragoza, Asturias, Albacete, Cáceres, La Rioja, etc.

Aunque en diversas ocasiones tanto por mi parte como por mi "partenaire institucional", Carmen Martínez Aguayo, y otros responsables y técnicos del INSERSO y del INSALUD hemos analizado la citada experiencia, me permito reiterarlo, de la forma más sucinta posible, para los lectores de esta revista, ya que sigue siendo un elemento de referencia concreta más útil que muchas disquisiciones teóricas.

El proceso de puesta en marcha de las experiencias piloto fue muy similar en todos los casos.

En primer lugar y dada la importancia que se dió al factor humano para el éxito de una experiencia que debía superar, como he dicho, la incomunicación real de dos Sistemas Públicos de Protección Social y la creación de una nueva cultura

común socio-sanitaria, procuramos priorizar las áreas en las que por parte de los profesionales del INSERSO y del INSA-LUD hubiera ya una conciencia desarrollada y asumida de la necesidad de la coordinación socio-sanitaria.

En segundo lugar, se localizaron las áreas donde hubiera una gama de recursos socio-sanitarios mínimamente adecuados para el buen desarrollo del programa y en particular la existencia de Residencias o Centros de día con Unidades de Estancias Diurnas y Residencias con Unidades de asistidos.

En tercer lugar, realizamos Talleres de puesta en común de criterios, conceptos e información por parte de los responsables y profesionales de ambas Entidades que iban a realizar la experiencia piloto y que hay que resaltar que fueron plenamente satisfactorios.

Todo ello fue acompañado de la elaboración de dos documentos de referencia, en los que se concretaba lo que entendíamos por c.s.s., lo que pretendíamos conseguir y como lograrlo y que yo resumiría en una frase: "la más adecuada utilización de las prestaciones del Sistema Público de Protección Social en la atención a las personas mayores, partiendo de la valoración/diagnóstico de la situación de la persona mayor que necesita atención y destinarla al servicio más ade-

cuado, que en unos casos sería un centro hospitalario, en otros una residencia de mayores, en otros la ayuda a domicilio (social u hospitalaria), en otros la estancia diurna en un Hospital de Día o en un Centro de Servicios Sociales, etc."

No se trataba, por tanto, de una mera deshospitalización de una persona mayor, ingresada en un hospital; ni tampoco en un mero trasvase de un hospital a una residencia.

Lo anterior exigía un procedimiento de valoración por equipos geriátricos especializados y el disponer de esa variedad de recursos y tener consensuados entre los dos Sistemas los protocolos de atención, para que esté claramente definido el tipo de atención que había que prestar.

El primer y fundamental objetivo que se pretendía era el adecuado tratamiento a las personas mayores.

El segundo, teniendo en cuenta que los dos Sistemas Públicos son financiados con las cuotas e impuestos de los ciudadanos, era el realizar una política de optimización de los recursos económicos, sacarles el máximo provecho posible, ya que no resulta admisible permitir ningún derroche o ineficacia por ausencia de coordinación, sobre todo cuando los recursos son limitados, cuando no escasos.

En este sentido conviene recordar que una cama hospitalaria viene a superar

por lo general las 40.000 pts. por día, si ésta es en una Residencia el coste desciende a unas 5.000-7.000 pts. día y si hablamos de estancias diurnas o atención domiciliaria, los costes aún descienden mucho más.

Pero sería un craso error pensar que con la coordinación socio-sanitaria se buscaba ahorrar dinero. En absoluto.

Una cama hospitalaria que quedaba libre por efectos del programa de coordinación socio-sanitaria, era inmediatamente ocupada por listas de espera hospitalaria, agudos, urgencias, etc. y esa mayor rotación de las camas hospitalarias, como es sabido, suponía un mayor gasto, ya que los primeros días de hospitalización son los relativamente más caros, por el tipo de pruebas, análisis y actuaciones que conlleva.

En definitiva no se trataba de gastar menos, sino de gastar mejor y sobre todo atender mejor.

A la hora de realizar el balance debemos tener en consideración la cuestión básica de que en todo momento nos movemos en el terreno de las "las experiencias piloto" y que el programa duró en su conjunto en torno a dos años y en muchos casos tan sólo unos meses, teniendo por tanto un diferente nivel de implantación y funcionamiento de las diversas áreas.

A pesar de ello sí se pueden establecer algunas conclusiones al respecto.

En primer lugar, pudimos comprobar que el número de personas mayores que estaban en centros hospitalarios cronicadas o que pudieran ser atendidas por otros recursos, no era tan especialmente elevado como inicialmente se pensaba, lo cual facilitó mucho todo lo demás.

En segundo lugar, percibimos la buena acogida que esta experiencia fue teniendo entre las personas mayores y sus familias. Lo cual despejó las dudas sobre algunas decisiones que hubo que tomar, de exigir el pago correspondiente por la utilización de los Servicios Sociales, al pasar de la atención sanitaria, gratuita en el momento del uso, a centros residenciales, estancias diurnas, ayuda a domicilio, donde hay que pagar una parte de los ingresos del usuario.

En tercer lugar, la coordinación y colaboración entre los profesionales y responsables de ambos Sistemas nos permitió un mayor enriquecimiento de conocimientos, de definición de programas de atención, de intercambio de experiencias, la superación de esquemas estrechos entre los profesionales, gestores y responsables políticos de uno y otro ámbito, impulsando una nueva concepción social-sanitaria y sanitaria-social de la problemática de las personas mayores... etc.

Pero desde luego también tuvimos serias dificultades y carencias, que en ese periodo no logramos superar.

Para empezar, no dispusimos de todos los recursos que hubieran sido necesarios, especialmente en los Servicios Sociales: suficientes camas y personal en Residencias, en lo que se refiere a residentes asistidos o semi-asistidos, más Centros con estancias diurnas, mayor implantación de la atención domiciliaria, etc.

La coordinación socio-sanitaria también nos exigía utilizar y coordinar todos los recursos existentes, lo que suponía implicar a las Comunidades Autónomas y a los Ayuntamientos.

Esto no lo logramos de manera sistemática y generalizada, ya que si bien las CC.AA. por lo general participaron en las Comisiones de Seguimiento, su grado de implicación fue desigual y mayoritariamente poco intenso.

A ello no fue ajeno algunos errores de procedimiento que cometimos la Administración Central y una cierta sensación existente en las CC.AA. de haber sido invitadas a participar en un programa, que si bien valoraban positivamente consideraban diseñado previamente por el INSALUD e INSERSO.

No logramos, por tanto, superar reticencias e incomprendiones, sin olvidar que también los recursos socio-sanita-

rios de la CC.AA. donde iniciamos las experiencias piloto eran en aquel tiempo limitados, a expensas de que culminase el proceso de transferencias del INSERSO y sin haberse iniciado el correspondiente al INSALUD.

Esa escasa implicación de las Comunidades Autónomas explica en gran medida el hecho de que según se iban produciendo las transferencias del INSERSO, las experiencias pilotos entraron en un proceso de paulatina paralización, tan sólo mantenidas en algunos casos gracias al voluntarismo de profesionales y gestores.

Tampoco conseguimos la vinculación de las Corporaciones Locales, que era y es más difícil, pero sin duda imprescindible para p.e. coordinar la ayuda a domicilio o la atención en centros de día.

A nadie se le oculta que coordinar tres Administraciones y dos ámbitos de gestión en cada una de ellas, en definitiva poner a trabajar juntas a seis partes, no es tarea fácil, entre otras razones porque aún tenemos una insuficiente cultura de cooperación en el conjunto de las Administraciones Públicas de nuestro País.

La falta de protocolos de atención a las personas mayores, especialmente en los Servicios Sociales, acentúan la diversidad y heterogeneidad de criterios y respuestas a las demandas y necesidades existentes.

La coordinación de recursos se vió así mismo dificultada por la diferente organización administrativa de los Servicios Sociales, de carácter básicamente provincial, y el Insalud con sus Áreas de Salud como punto de referencia.

La experiencia del Convenio Insalud-Insero tuvo en todo caso el efecto de generalizar el debate de la c.s.s. Hoy no sólo nadie cuestiona la importancia básica de esta c.s.s., sino que además es un principio que inspira desde los Planes Gerontológicos, que con ésta u otras denominaciones se han ido aprobando por las Comunidades Autónomas, hasta Planes de Salud, así como programas y actuaciones de Corporaciones Locales; habiéndose incluso aprobado en algunas Comunidades Autónomas Planes o Programas específicos de Coordinación Socio Sanitaria.

El informe realizado por el Congreso de los Diputados en la presente legislatura sobre el Sistema Nacional de Salud y el reciente informe del Senado sobre "el envejecimiento en España", recogen de manera destacada la importancia decisiva de avanzar en la coordinación socio-sanitaria.

El Plan Estratégico del Insalud, contempla como carencias y por tanto como objetivos, la coordinación socio-sanitaria.

Asimismo, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Insero,

viene incluyendo en los últimos años como prioridades del Plan Gerontológico en 1998 y de la Convocatoria de Subvenciones del 0'52, los programas que estén vinculados a iniciativas de coordinación socio-sanitaria.

Por lo tanto podemos decir que "la cultura de la coordinación socio-sanitaria" se ha impuesto de forma generalizada, sin embargo también es cierto que en su materialización práctica poco se ha avanzado.

Como ejemplo de las dificultades persistentes tenemos la experiencia de los acuerdos adoptados a principios del pasado año 1998 por el Consejo Interterritorial de Salud y la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales, con la creación de un grupo de trabajo común, bajo el impulso de los dos Ministerios, Trabajo y Asuntos Sociales y Sanidad y Consumo y con la participación de las Comunidades Autónomas.

Este grupo de trabajo, constituido en abril del pasado año, realizó una intensa tarea en pocos meses, con la estrecha colaboración de técnicos, gestores y responsables de nivel intermedio, elaborando una propuesta de informe, que aún está pendiente de debate y aprobación por ambas Conferencias Sectoriales.

El Plan de Alzheimer es otro ejemplo de las dificultades de materialización de

la c.s.s.. Este Plan elaborado por una comisión de los dos Ministerios citados, con la participación de expertos, ONGs, CC.AA., colegios y asociaciones profesionales y otras instituciones, recibió una valoración técnica muy positiva en las Conferencias Sectoriales, pero aún sigue detenida su materialización.

La razón de esa "ruptura entre teoría y práctica", al final siempre es la misma: la delimitación de las responsabilidades de financiación.

Desde el ámbito sanitario se alega la imposibilidad de derivar nuevos recursos económicos, de personal y equipamientos para programa socio-sanitarios, dado las propias limitaciones presupuestarias existentes.

Desde el ámbito de servicios sociales, con importantes demandas aún no satisfechas y aún mayor escasez de recursos presupuestarios, se contemplan los programas de c.s.s. como una soga al cuello que puede asfixiar a los servicios sociales al tener que abordar una avalancha de demandas nuevas.

En base a una visión departamental y compartimentada, ambos argumentos tienen su lógica. Pero desde una concepción integral y sobre todo racional de las Políticas Públicas de Bienestar Social y desde lo que debe ser un servicio público que debe priorizar la buena atención

a los ciudadanos, estos planteamientos son insostenibles.

Si la financiación es la clave de la c.s.s., habrá que abordarla desde planteamientos de racionalidad y solidaridad interadministrativa.

En mi opinión hay que descartar dos escenarios hipotéticos: la mera derivación de recursos económicos desde el ámbito sanitario al social o la asunción desde el ámbito social con los actuales recursos existentes.

La c.s.s. exige un incremento neto de la financiación de programas específicos del Sistema Nacional de Salud y de un incremento más importante de los recursos de los Servicios Sociales, que como se ha reiterado hasta la saciedad en este artículo, arrastran los más notables déficits del Sistema Público de Protección Social de nuestro país.

Sin ese incremento presupuestario, para programas del Sistema Nacional de Salud y muy en especial para los Servicios Sociales, la c.s.s. seguirá siendo una "realidad virtual" en los debates de expertos y responsables, pero no se plasmará en la realidad. Aunque seguramente los Servicios Sociales van a ir sufriendo un incremento de la presión de las demandas sociales, lo que justifica esas profundas reticencias y esa grave preocupación que albergan los responsables de las áreas so-

ciales, sin distinción en este caso de adscripciones políticas de sus gobiernos.

Es posible que el voluntarismo y el entusiasmo de gestores y profesionales intenten plasmar en determinados ámbitos de actuación reducida, lo que podríamos llamar "buenas prácticas de c.s.s.", sin embargo las limitaciones objetivas de esa vía voluntarista, ya las hemos visto en algún Área de Salud y terminan en la frustración.

Para delimitar bien de lo que estamos hablando, hay que matizar que el necesario incremento presupuestario en Servicios Sociales siempre se movería en unas dimensiones mucho más modestas que p.e. los experimentados en los últimos años en el Sistema Nacional de Salud. Estamos refiriéndonos en términos de miles de millones de 5 dígitos, cuando cualquier acuerdo o reforma de financiación en el Sistema Nacional de Salud, lo eleva siempre a 6 dígitos.

Con un añadido importante, la inversión en programas socio-sanitarios de atención a la dependencia es altamente intensiva en creación de puestos de trabajo, como nos recuerdan cotidianamente los Informes de la Unión Europea al hablar de los nuevos yacimientos de empleo.

Por otra parte ese incremento presupuestario puede tener un escenario de

una o dos legislaturas, ya que lo importante es diseñar esa senda de crecimiento, que dé garantías a todos de que se van a ir logrando paulatinamente unos objetivos e indicadores de coordinación socio-sanitaria.

En definitiva sería lamentable que con todo lo que hemos avanzado en la difusión e implantación de la cultura de la coordinación socio-sanitaria, con lo mucho trabajado en el diseño compartido de criterios de actuación y protocolización de programas y actividades, con los pasos tan notables que se han ido sucediendo en numerosas Comunidades Autónomas, con las grandes y positivas expectativas creadas en profesionales y gestores de ambos Sistemas, la c.s.s. no se fuera convirtiendo en realidad, (o lo fuera a trancas y barrancas y en un proceso mucho más inestable), por la falta de dotación presupuestaria, que insisto no hay que infravalorar o frivolar sobre sus costes, pero que en el conjunto del Sistema Público de Bienestar Social de nuestro país, es perfectamente asumible.

Como últimas reflexiones diría que sería un error reducir la coordinación socio-sanitaria al ámbito de las persona mayores. Esta es, sin duda, la carencia y la urgencia mayor. Pero la coordinación socio-sanitaria tiene otras necesidades que cubrir y en primer lugar al colectivo de

las personas discapacitadas gravemente afectadas.

En nuestro país aproximadamente el 15% de la población tiene algún tipo de discapacidad, siendo también significativo el que se sigan produciendo discapacidades imputables en mayor o menor medida a la descoordinación socio-sanitaria. En la prevención, tratamiento precoz y rehabilitación de las discapacidades resulta, por tanto, necesaria la coordinación socio-sanitaria.

Es esta una línea de actuación que ocupa una parte sustancial del Plan de Acción para Personas con Discapacidad que, coordinado e impulsado por el Inersero, se aprobó a finales del año 1996 y que contó en su elaboración con la participación activa de expertos y responsables de otras áreas y desde luego del Ministerio de Sanidad y Consumo.

A raíz de esa colaboración, se iniciaron

los primeros pasos entre el Ministerio de Asuntos Sociales, después Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Ministerio de Sanidad y Consumo, para tratar de la coordinación en materia de discapacidad, sin embargo los resultados por el momento no han pasado de la identificación de problemas y necesidades.

Pero tampoco debemos olvidar otros colectivos sociales que requieren instrumentos y programas de coordinación socio-sanitaria, como drogadicción, demencias, alcoholismo, personas en situación de exclusión social, inmigrantes, etc.

En definitiva, con la implantación de la coordinación socio-sanitaria, estamos ante un reto que es necesario, que es posible, y que marcaría un alto nivel de modernización, calidad y optimización de nuestro Sistema Público de Protección Social, que tantos avances y logros ha tenido en estas dos décadas democráticas.

