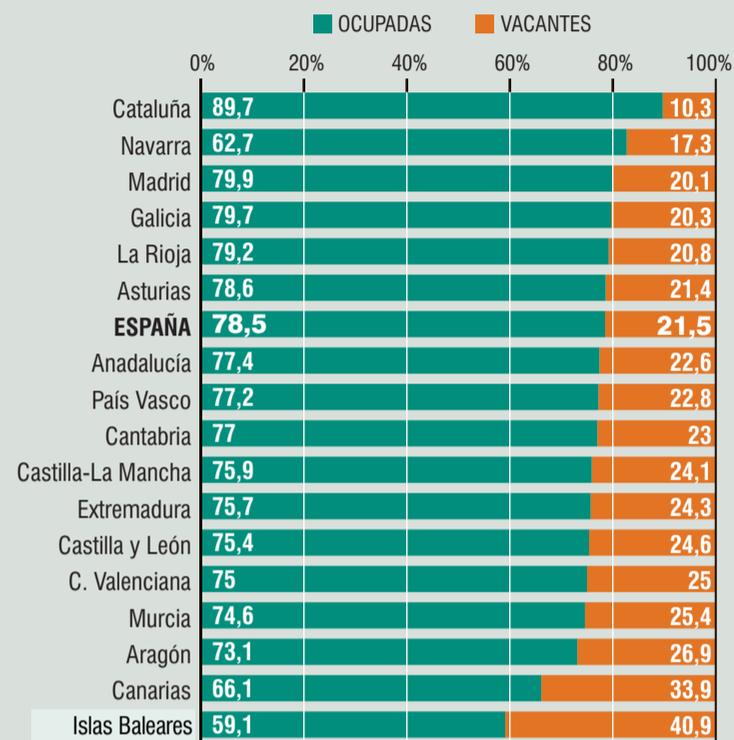




RANKING DE ENFERMEDADES MÁS DISCAPACITANTES

Países desarrollados	España
Dolor de espalda	Diabetes
Dolor cervical	Dolor de espalda
Trastorno depresivo mayor	Dolor cervical
Otras musculoesqueléticas	Trastorno depresivo mayor
Diabetes	Caídas
Sordera	Sordera
Ansiedad	Migraña
Caídas	Otras musculoesqueléticas
Migraña	EPOC
EPOC	Ansiedad

NIVEL DE OCUPACIÓN DE RESIDENCIAS POR CCAA



Cómo evitar que la vejez colapse el SNS

Las sociedades reclaman revisar el baremo evaluación de la dependencia, crear equipos multidisciplinares y gestores de caso y evitar copagos

ciendo de él) deben revisarse; hay que trabajar en el empoderamiento del paciente y crear gestores de casos que faciliten el tránsito de los dependientes entre unas estructuras y otras; el copago debe medirse con cuidado y nunca aplicarse a prestaciones sanitarias, y la prevención de la discapacidad, actuando con hábitos saludables antes de la vejez, deben ser los ejes.

FONDOS E INEQUIDAD

Así lo creen al menos representantes de las tres sociedades de Familia, del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (Cermi), de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Feafes) y de las sociedades de Medicina Interna (SEMI) y de Geriátrica y Gerontología (SEGG), consultadas por DM, que advierten al unísono sobre la necesidad de revisar la financiación actual y de acabar con las desigualdades entre autonomías, no sólo en prestaciones sino también en valoración del dependiente.

Alfredo Avellaneda, coordinador del Grupo de Traba-

jo de Cronicidad, Dependencia y Enfermedades Raras de Semergen, explica que, en primer lugar, hay que "garantizar la equidad asistencial: toda normativa básica sanitaria y social debería ser nacional". Esto hace prioritario, en su opinión, "un gran pacto sociosanitario entre partidos políticos, sindicatos, colegios y sociedades científicas".

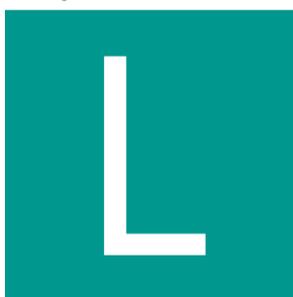
Además, cree que "es necesario centrarse en algunos grados de dependencia y descartar la dependencia de grado leve o reanalizarla en función de los recursos, porque con la edad todo el mundo tiene una dependencia moderada."

En paralelo, habría que "priorizar el baremo basado en la clasificación internacional de la funcionalidad" y apoyar "medidas preventivas porque está demostrado que los hábitos saludables en edades medidas de la vida previenen y retrasan la aparición de la dependencia".

Con la petición de una dotación presupuestaria "razonable" sobre la mesa, Avellaneda cree "imprescindible la creación de un espacio sociosanitario que permita ofrecer una prestación uniforme, coordinar servicios, integrar prestaciones sociales y sanitarias, protocolizar actuaciones, derivar a entidades más adecuadas y servir de apoyo a la integración social, educativa y laboral".

Un espacio que, en su opinión, debe partir de la crea-

MADRID
LAURA G. IBAÑES
laura.gutierrez@diariomedico.com



a hoja de ruta que se trazó para la aplicación de la Ley de Dependencia llega a su fin. El 1 de julio se incorporarán al sistema de ayudas los dependientes moderados, con varios años de retraso sobre lo inicialmente previsto como consecuencia de las restricciones presupuestarias. Serán 300.000 nuevos beneficiarios, que se sumarán a los más de 700.000 dependientes de mayor nivel de gravedad que hay actualmente.

Al margen de la tradicional guerra de cifras que los gerentes sociales libran a

diario con el Ministerio de Sanidad por no tenerse en cuenta en la interpretación de los datos los dependientes fallecidos en lista de espera para acceder a ayudas, entre otras cuestiones, lo cierto es que, con el paso que se dará en julio, se agota el calendario previsto de aplicación de la ley y se abre la necesidad, previa evaluación de lo realizado (y de los errores cometidos), de una nueva hoja de ruta.

SURGE UN NUEVO ESPACIO

Desde el inicio de la legislación se prometió esta nueva hoja de ruta basada en la creación de un nuevo espacio sociosanitario que no termina de llegar pero que, según Sanidad, está ya ultimándose. Un nuevo espacio sociosanitario que, según explicó el propio director general del Imserso, César Antón, no precisará nuevas infraestructuras, ni nueva cartera de servicios y no modificará la actual gra-

titud de la asistencia sanitaria aun cuando ésta pudiera prestarse en ámbitos sociales.

Sí precisará de nuevos instrumentos de trabajo, fundamentalmente, de comisiones de seguimiento de personas y de gestores de caso, que faciliten el tránsito de las personas desde recursos sanitarios a recursos sociales y viceversa.

Con estas premisas sobre la mesa quedan, sin embargo, todavía muchas dudas sobre cómo articular el nuevo sistema para evitar que el SNS colapse por el envejecimiento de la población (en menos de 40 años se prevé que el 37 por ciento de la po-

blación española sea mayor de 65 años y que esto exija un 1 por ciento más del PIB dedicado a gasto sanitario) y por la discapacidad asociada al incremento de la prevalencia de algunas enfermedades. ¿Deben reconvertirse las camas de agudos? ¿Hay suficientes camas residenciales? ¿Hay capacidad financiera para atender a todos? ¿Se comerá la sanidad el presupuesto de lo social, o viceversa? ¿Son fiables las previsiones del número de dependientes futuros o se yerra de nuevo en las valoraciones del grado de dependencia?

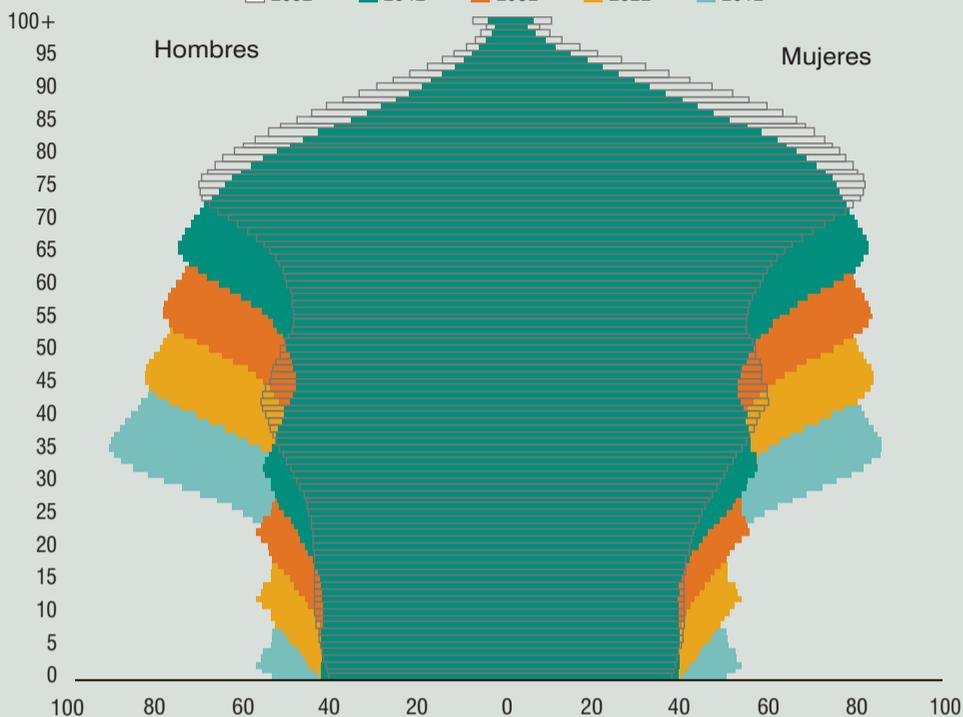
Aunque la respuesta a todas estas cuestiones es compleja, las principales sociedades científicas y entidades relacionadas con la cuestión parecen tener claras algunas cuestiones que no debe olvidar Sanidad al trazar su nuevo modelo: el baremo de evaluación del dependiente (y sobre todo la aplicación que se está ha-

Las sociedades científicas ven imprescindible revisar la financiación y replantearse si los moderados más leves deben entrar en el sistema de ayudas

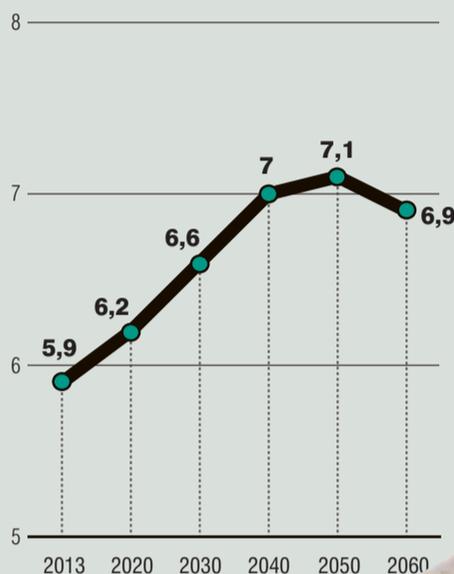
Los pacientes advierten de que no hay formación adecuada para valorar bien el grado de dependencia en el caso de enfermedad mental

PREVISIÓN DE EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

□ 2052 ■ 2042 ■ 2032 ■ 2022 ■ 2012



EVOLUCIÓN DE COSTES SANITARIOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO (% sobre el PIB)



Fuente: Aeste, Plan Nacional de Reformas, SAAD y elaboración propia.

ción de "equipos interdisciplinarios y desarrollar sistemas de información compartida de la historia social y clínica. El sistema debe cambiar para atender a la cronicidad, con equipos multidisciplinares, nuevos roles profesionales y fortalecimiento de la asistencia domiciliaria, alejándose del actual modelo de agudos y *hospitalocentrista* y estableciendo un modelo de crónicos vertebrado en torno a la atención primaria".

TODOS A UNA

Equidad y equipos multidisciplinares son también constantes en las propuestas de Antonio Fernández-Pro, presidente de SEMG, para quien "lo básico en la Ley de Dependencia es la equidad, entendida como darle a cada uno lo que necesita". Por ello reclama "que el desarrollo normativo de la dependencia en las diferentes autonomías sea armónico, que no se creen

más diferencias en cuanto a las prestaciones", y que el Consejo Interterritorial actúe como garante de dicha equidad.

Fernández-Pro pide también que los tribunales de valoración "utilicen los mismos baremos para todos y no aumenten los desequilibrios actuales".

Los agentes implicados consideran imprescindibles varios abordajes: empoderar al paciente, mejorar la formación y atención al cuidador, que primaria coordine al crónico...

Para cualquier desarrollo que se pretenda de la Ley de Dependencia, opina que hay dos cuestiones imprescindibles: "El empoderamiento del paciente y la formación y atención al cuidador; sin éste y la formación a la familia es muy difícil un desarrollo exitoso".

Además, insiste en que "la atención primaria debe ser la coordinadora de la atención a la cronicidad". En su opinión, "resulta fundamental una gestión integrada y multidisciplinar, así como continuidad en los distintos niveles asistenciales compartiendo información y decisiones y para ello generar la figura del consultor (Geriatría y Medicina Interna) evitando ruptura entre los ámbitos asistenciales".

Alberto Ruiz Cantero, coordinador del Grupo de Trabajo Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), también cree que "el desarrollo de la Ley de Dependencia y el abordaje de la cronicidad imponen actuar sobre los determinantes sociales de salud, ya que la desigualdad genera factores de riesgo que ocasionan enfermedades crónicas, y éstas, pérdidas por muertes prematu-

ras y discapacidad".

Más allá de las políticas de prevención habría que tener en cuenta que "debe evitarse el copago sanitario" y "entender que la exclusión en salud es una parte de la exclusión social".

EL FINAL DE LA VIDA

Ruiz Cantero añade que cualquier desarrollo futuro de la ley "debe mejorar la calidad de la atención sanitaria al final de la vida: la proximidad de la muerte es un predictor más importante de un elevado gasto sanitario que el envejecimiento", afirma. La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Feafes) pone el acento en recordar que no toda la dependencia está asociada a la vejez, sino que buena parte de ella se genera por otras patologías como las mentales.

Afirma que "debe mejorarse el sistema de evalua-

ción del grado de dependencia. Aunque en el baremo actual existen los indicadores necesarios para valorar la discapacidad por enfermedad mental, no hay personal especializado que sepa interpretarlos y aplicarlos. No existe la formación adecuada, que debería impartirse por la Administración para

Frenar la heterogeneidad con la que se aplica la Ley de Dependencia entre las autonomías y acordar cómo minimizar un hipotético copago, otras prioridades

trabajar con los baremos".

Además, en su opinión, "el plazo de evaluación de la dependencia debería reducirse a un máximo de 6 meses. También hay que establecer un seguimiento periódico de las prestaciones y servicios otorgados para adecuarlos a las necesidades reales".

Como el resto de sociedades apela a "promover la autonomía y el empoderamiento del paciente, dos conceptos que no contempla la ley", y a "acabar con la desigualdad en la aplicación de la ley entre autonomías frente a situaciones de dependencia similares y reencauzar la asignación de fondos, dejando de abusar de la prestación económica".

Y concluye: "Si fuera imprescindible establecer un copago para el acceso a los recursos, éste debería ser justo y equitativo. Además de la renta y el patrimonio, debería valorarse para este copago la edad, el momento vital de aparición de la dependencia y su nivel de prolongación. Quienes perciban menos de 1.331 euros deberían quedar exentos y la aportación máxima debería ser siempre inferior al 60 por ciento del coste del servicio y al 40 por ciento de la capacidad económica del usuario".

DUODART®

Cápsulas (dutasterida/tamsulosina HCl)

