



ATENCIÓN SOCIOSANITARIA:
UNA APROXIMACIÓN AL MARCO CONCEPTUAL Y
A LOS AVANCES INTERNACIONALES Y
AUTONÓMICOS

ararteko

Herriaren Defendatzaillea
Defensoría del Pueblo



ATENCIÓN SOCIO SANITARIA: UNA APROXIMACIÓN AL MARCO CONCEPTUAL Y A LOS AVANCES INTERNACIONALES Y AUTONÓMICOS

Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco

Autoría del Informe Base:

Centro de Documentación y Estudios
Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa

© ARARTEKO

Fotocomposición e impresión: Gráficas Santamaría, S.A.
Papel ecológico.
ISBN: 978-84-89776-23-4
D.L.: VI-157/08



ATENCIÓN SOCIOSANITARIA:
UNA APROXIMACIÓN AL MARCO
CONCEPTUAL Y A LOS AVANCES
INTERNACIONALES Y AUTONÓMICOS

ÍNDICE

CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN.....	13
1. Objetivo y ámbito	15
2. Estructura	16
3. Metodología	17
CAPÍTULO II.- ASPECTOS CONCEPTUALES.....	21
1. Ámbito de la atención socio sanitaria.....	23
1.1. Concepto y denominación	24
1.2. El objeto prioritario de la atención socio sanitaria: la respuesta a situaciones de necesidad complejas	27
1.2.1. <i>Personas mayores dependientes</i>	27
1.2.2. <i>Personas con condiciones crónicas</i>	32
1.2.3. <i>Personas con enfermedades en fase terminal</i>	34
1.3. Razones que explican el protagonismo actual de la atención socio sanitaria.....	36
1.4. Los objetivos de la atención socio sanitaria: la eficiencia de los sistemas y la continuidad de los cuidados	38
1.4.1. <i>La eficiencia de los sistemas.</i>	38
1.4.2. <i>La continuidad de la atención</i>	38
2. La construcción de la atención socio sanitaria.....	40
2.1. La complejidad de la articulación socio sanitaria.....	40
2.1.1. <i>Las causas de la complejidad</i>	40
2.1.2. <i>La naturaleza cambiante de la frontera entre lo sanitario y lo social</i>	44
2.1.3. <i>La asimetría de la relación entre lo sanitario y lo social</i>	45
2.2. La construcción del marco conceptual: diversidad y complementariedad en las perspectivas de análisis.....	46
2.2.1. <i>El nivel de intensidad en la colaboración como criterio diferenciador</i>	46
2.2.2. <i>Los niveles de la colaboración</i>	52
2.2.3. <i>Un continuo de estrategias orientados hacia la integración</i>	53
2.2.4. <i>La perspectiva conceptual en el contexto de la CAPV</i>	55

2.3. Factores facilitadores y obstaculizadores de la coordinación sociosanitaria	56
2.3.1. Factores facilitadores de la coordinación de servicios	56
2.3.2. Factores obstaculizadores de la coordinación de servicios	59
3. Estrategias e instrumentos de coordinación	60
3.1. Estrategias e instrumentos de coordinación en el nivel estructural	60
3.2. Estrategias e instrumentos de coordinación en el nivel organizativo....	65
3.3. Estrategias e instrumentos de coordinación en el nivel de prestación de la atención	70
CAPÍTULO III.- LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN LA CAPV	73
1. El marco jurídico.....	75
1.1. Las orientaciones internacionales	75
1.1.1. Naciones Unidas.....	75
1.1.2. Consejo de Europa	76
1.1.3. Unión Europea	77
1.2. El marco competencial en la CAPV	80
1.2.1. Diferencias en la distribución competencial entre el Estado y la Comunidad Autónoma.....	80
1.2.2. Diferencias en la distribución competencial entre la Administración Autónoma y las Administraciones forales y locales.	84
1.3. La coordinación sociosanitaria en el marco normativo	87
1.3.1. Aspectos jurídico-conceptuales en relación con la coordinación administrativa	87
1.3.2. La atención sociosanitaria en la normativa estatal	88
1.3.3. La atención sociosanitaria en la normativa autonómica	93
2. Principales elementos del espacio sociosanitario en la CAPV	104
2.1. Descripción de los principales elementos del espacio sociosanitario en la Comunidad Autónoma del País Vasco y en sus Territorios Históricos	105
2.1.1. Elementos básicos en la Comunidad Autónoma del País Vasco.....	106
2.1.2. Elementos básicos en el Territorio Histórico de Álava.....	109
2.1.3. Elementos básicos en el Territorio Histórico de Bizkaia	113
2.1.4. Elementos básicos en el Territorio Histórico de Gipuzkoa ...	117
2.2. Principales características del espacio sociosanitario en la CAPV	122
2.2.1. Un proceso dilatado de desarrollo, con ritmos muy diferentes en cada Territorio.	122
2.2.2. Una oferta de plazas y recursos limitada	123
2.2.3. Una gran disparidad en los modelos establecidos,	

<i>con una oferta de servicios y unas fórmulas de financiación heterogéneas</i>	124
2.2.4. <i>Escaso desarrollo del espacio sociosanitario en el ámbito de la atención primaria</i>	125
2.2.5. <i>Dificultades para el ejercicio del papel dinamizador que corresponde a los consejos de atención sociosanitaria</i>	125
3. La opinión de los expertos y las expertas: estudio delphi sobre la asistencia sociosanitaria en la capv.....	126
3.1. Cuestiones metodológicas	126
3.2. Resultados	129
3.2.1. <i>Consideraciones generales sobre el desarrollo de la atención sociosanitaria en la CAPV</i>	129
3.2.2. <i>Valoración del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la CAPV</i>	132
3.2.3. <i>Avances significativos producidos en el desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV</i>	133
3.2.4. <i>Cumplimiento de los principales objetivos del Plan</i>	135
3.2.5. <i>Obstáculos al desarrollo del espacio sociosanitario en el País Vasco</i>	138
3.2.6. <i>Valoración respecto a la labor realizada por los órganos de coordinación establecidos</i>	140
3.2.7. <i>Diferencias territoriales en la asistencia sociosanitaria</i>	145
3.2.8. <i>Los mecanismos para la financiación de la asistencia sociosanitaria</i>	146
3.2.9. <i>La actitud de las instituciones y los agentes sociales ante el desarrollo del espacio sociosanitario</i>	150
3.2.10. <i>Valoraciones respecto a la red de recursos</i>	152
3.2.11. <i>La atención prestada a los diversos colectivos</i>	158
3.2.12. <i>Las perspectivas que abre el nuevo marco normativo</i>	162
3.3. Conclusiones	164

CAPÍTULO IV.- EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y EN OTROS PAÍSES.....

1. Introducción.....	173
2. Iniciativas y experiencias en otras comunidades autónomas	195
<i>Comunidad Autónoma de Cataluña. Plan Director Sociosanitario. Programa Vida als Anys.</i>	
<i>Comunidad Autónoma de Castilla y León. II Plan Sociosanitario de Castilla y León.</i>	
<i>Comunidad Autónoma de Extremadura. Plan marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005-2010.</i>	
<i>Comunidad Foral de Navarra. Plan Foral de Atención Sociosanitaria.</i>	

3. Experiencias internacionales	227
3.1. Experiencias europeas	228
<i>Dinamarca. Atención integrada a personas mayores en Skaevinge.</i>	
<i>Finlandia. Atención doméstica integrada en la ciudad de Helsinki.</i>	
<i>Holanda. Ventanilla única de acceso a los servicios sociales y sanitarios para las personas mayores en Holanda.</i>	
<i>Irlanda. The ICON (Integrated Care, One Network) project.</i>	
<i>Reino Unido. Ealing Intermediate Care Services.</i>	
<i>Reino Unido Southampton Behaviour Resource Service (BRS).</i>	
<i>Reino Unido - Escocia. Glasgow Community Addiction Teams.</i>	
<i>Reino Unido - Escocia. South Lanarkshire Integrated Children's Services Plan 2005-2008.</i>	
3.2. Experiencias en Norteamérica	250
<i>Canadá - Québec. Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie.</i>	
<i>Estados Unidos. Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).</i>	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	261
BIBLIOGRAFÍA	273
REFERENCIAS NORMATIVAS	287
ANEXO.- Síntesis de objetivos y acciones del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la CAPV	295

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVO Y ÁMBITO

El presente Informe Extraordinario pretende ofrecer una primera aproximación teórica y práctica a la atención sociosanitaria, entendida ésta, en términos globales, como un espacio de colaboración intensa y estructurada entre los servicios de salud y los servicios sociales, que puede o no constituirse como un ámbito diferenciado de sus sectores de origen, pero en el que, en todo caso, coexisten diferentes niveles de coordinación, que tienen por principal finalidad garantizar la prestación de servicios adaptados a necesidades complejas y mixtas, ajustándose, en dicha prestación, al principio de continuidad de la atención.

La elaboración de este informe responde, en primer lugar, a la necesidad de dar respuesta al mandato formulado por el Pleno del Parlamento Vasco, en su sesión de 23 de noviembre de 2006, que, tras el debate del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008, se pronunciaba en los siguientes términos:

“Resolución décima: El Parlamento Vasco insta al Ararteko, institución que ha abordado puntualmente la realidad en sus informes extraordinarios y anuales a que realice un examen y un informe de situaciones y necesidades sobre la atención sociosanitaria en Euskadi en el plazo más breve posible”.

Por otra parte, la conveniencia y la necesidad de proceder a este análisis responde a la vez a una constatación: el tan aludido espacio sociosanitario es, en buena medida, un gran desconocido, un concepto de límites difusos, que se ha integrado en el discurso político y técnico, pero que presenta todavía muchas carencias en su construcción teórica y en su aplicación práctica.

Partiendo de esa consideración, el objetivo del informe es triple:

- Pretende, por un lado, estructurar, fundamentalmente sobre la base de los avances teóricos internacionales, un marco conceptual capaz de clarificar algunos elementos referenciales básicos y no pocas confusiones terminológicas. En efecto, a pesar de que el déficit constatado en nuestro entorno inmediato es también una realidad en los contextos europeo y norteamericano, no es menos cierto que algunos países van por delante en la estructuración de un marco conceptual y en la experimentación de estrategias e instrumentos de coordinación entre los sectores sanitario y social, y conviene, lógicamente, tener en cuenta esos avances en la construcción de nuestro propio sistema.

- Por otro, el informe trata de describir la situación actual en la Comunidad Autónoma del País Vasco, mediante la elaboración de lo que podría considerarse un primer diagnóstico. Contrariamente a lo que suele ser habitual en los informes extraordinarios del Ararteko, este primer diagnóstico no es una evaluación exhaustiva y sistemática de la situación vasca; en efecto, dado el carácter incipiente de la atención sociosanitaria en nuestro ámbito –el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria vigente en el momento de la redacción de este informe tiene apenas dos años de recorrido–, el enfoque evaluativo quedaba descartado, de modo que se ha optado, simplemente, por presentar una descripción de los avances y un análisis de los posicionamientos, de las opiniones y de las críticas que la evolución del espacio sociosanitario genera entre algunas personas que, por su dedicación técnica o profesional, y en algún caso política, están directamente involucradas en su construcción y su implementación práctica. Ese primer diagnóstico no pretende agotar el estudio de la materia en nuestro ámbito, pero sí constituye un balance detallado y fiable de su nivel de desarrollo.
- Por último, el informe pretende acercar los avances prácticos autonómicos e internacionales y lo hace mediante una descripción sintética, estructurada, de algunas iniciativas y experiencias desarrolladas, tanto en otras comunidades autónomas como en otros países.

2. ESTRUCTURA

El informe se estructura, lógicamente, en torno a esos tres ejes:

- Por un lado, el capítulo inicial analiza el marco conceptual y teórico:
 - en primer lugar, se introducen algunos elementos de base para el análisis, a saber, el ámbito y el concepto de la atención sociosanitaria, los grupos de población más necesitados de una actuación estrechamente coordinada entre los servicios de salud y los servicios sociales, la continuidad de la atención y la eficacia de los sistemas como objetivo principal de su estructuración, las razones de su protagonismo actual y las dificultades para la articulación de ese espacio de intervención;
 - a continuación, se presentan los elementos clave de los enfoques teóricos que contribuyen a la construcción y sistematización de las fórmulas de coordinación sociosanitaria;
 - y finalmente, se clasifican las diferentes estrategias e instrumentos articulados para la consecución de una atención bien coordinada.
- El segundo capítulo del informe se dedica al análisis de la situación en la Comunidad Autónoma del País Vasco y se estructura en tres apartados:
 - el primero, dedicado a la presentación del marco jurídico vigente, incluye referencias a los textos de los organismos internacionales con mayor repercusión

- en nuestro sistema, a la normativa estatal y, naturalmente, a las disposiciones normativas vascas, tratando, en todos los casos, de entresacar los preceptos, a menudo muy genéricos, reguladores de la coordinación sociosanitaria;
- el segundo apartado presenta una descripción sintética de otros avances, paralelos y, en ocasiones, previos a los normativos, observados en nuestro ámbito: convenios de colaboración, planes de actuación, creación de cauces específicos de coordinación y puesta en marcha de servicios sociosanitarios;
 - el tercero recoge un análisis de las opiniones que, con respecto a algunos elementos clave de la evolución del espacio sociosanitario en la CAPV, ha manifestado el ya aludido grupo de personas expertas.
- La última parte del informe ofrece una descripción detallada de una serie de experiencias e iniciativas autonómicas, europeas y norteamericanas, seleccionadas atendiendo, unas veces, a criterios de proximidad geográfica y/o contextual, y otras, a criterios de buena práctica.

El informe finaliza con un capítulo de recomendaciones que, a imagen de su contenido, de su naturaleza y de su finalidad de aproximación a una realidad, presentan un enfoque genérico, que únicamente pretende orientar sobre algunas directrices de actuación que se consideran susceptibles de contribuir a mejorar la intervención de las administraciones públicas en la construcción del espacio sociosanitario, y no entran, salvo excepciones, a considerar mejorar específicas.

3. METODOLOGÍA

La parte teórica y conceptual, recogido en el capítulo II, y la descripción de las experiencias e iniciativas de otras comunidades autónomas y de otros países, recogida en el capítulo IV, se basan en un análisis exhaustivo de la literatura especializada internacional, del que se da cuenta en la extensa bibliografía que se adjunta al final del informe, y que ha llevado al establecimiento de contactos técnicos con administraciones públicas particularmente activas en este ámbito así como con institutos de investigación y documentación de diferentes países europeos –principalmente, *Joseph Rowntree Foundation* y *Dartington Social Research Unit* del Reino Unido, *STAKES–Sosiaalija terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus* (Finlandia), *Social Forsknings Institutet* (Dinamarca), *Institutet for Social Forskning* (Suecia), *Sociaal and Cultureel Planbureau* (Holanda); tanto aquéllas como éstos han sido de gran ayuda en la localización de experiencias e iniciativas reseñables.

Para cada uno de los apartados integrantes del capítulo III se ha recurrido, dada su diferente naturaleza, a dos metodologías claramente dissociadas:

- La elaboración del marco jurídico ha requerido una revisión del cuerpo normativo vigente en materia sanitaria y de servicios sociales:

- se han estudiado los textos dictados por las instituciones internacionales más relevantes, a saber la Organización de Naciones Unidas, el Consejo de Europa y la Unión Europea;
 - se han recogido las disposiciones normativas de ámbito estatal con algún impacto en la creación y el afianzamiento de la atención sociosanitaria –en particular, las del ámbito de la salud, pero también, en el de los servicios sociales, la normativa reguladora de la atención a personas en situación de dependencia– así como otras iniciativas que, sin ser normativas, constituyen elementos de referencia de los avances propulsados desde un ámbito muy cercano a la CAPV, como son planes, propuestas, o directrices;
 - por último, se ha analizado la normativa vasca en materia sanitaria y social y otros documentos esenciales en la construcción del espacio sociosanitario en la Comunidad Autónoma, como son principalmente el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2005-2008 y los convenios firmados por las administraciones en la progresiva articulación de este espacio (el acceso a estos últimos ha sido facilitado, en gran parte, por las personas que han participado en el estudio en su calidad de expertas).
- La consulta a personas expertas y el análisis de sus opiniones y valoraciones se ha llevado a cabo mediante la aplicación de una metodología Delphi, en cuyo marco se ha contado con la participación de 32 personas, seleccionadas por su conocimiento de la realidad de la atención sociosanitaria en la CAPV. Si bien todas ellas, salvo dos, han participado porque prestan sus servicios en entidades públicas y privadas que trabajan en el ámbito de la sanidad o de los servicios sociales, su opinión se ha solicitado a título personal, en su calidad de expertos o expertas en la materia, entendiéndose, en consecuencia, que su aportación puede o no coincidir con la postura oficial de la entidad en la que trabajan o de los órganos de coordinación en los que participan.

El listado de personas que han colaborado en esta parte del estudio es el siguiente:

- Juan Antonio Abeijón. Centro de Salud Mental Julián de Ajuriaguerra.
- José Antonio Agirre Elustondo. Ex - coordinador del CVAS.
- Maria Eugenia Alkiza. Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa.
- Elena Ayarza. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales.
- Ramón Barinaga. Gautena.
- Estibaliz Barrón. Fundación Gizakia.
- Evelia Cantera. Fundación Hurkoa.
- Luis Casado de Dios. Dirección Territorial de Sanidad de Bizkaia.
- Itziar Ceballos. Asociación Vizcaína de Familiares y Enfermos Psíquicos-AVI-FES.
- Eguzkiñe de Miguel Aguirre. Hospital Psiquiátrico de Álava.

- Isabel Echevarría. Diputación Foral de Álava.
- Joseba Etxabe. Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Fernando Fantova. Consultor social.
- Pedro Fernández. Federación Vasca de Asociaciones en Favor de Personas con Discapacidad Intelectual FEVAS.
- Juan Fernández de Gamarra. Departamento de Sanidad.
- Pedro Fernández de Larrinoa. Diputación Foral de Bizkaia.
- Máximo Goikoetxea. Hospital Donostia.
- Pablo González. Gorabide Asociación Vizcaína en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.
- Joseba Iraurgi. Modulo Psicosocial de Rekalde.
- Begoña Iriarte. Asociación Bizitegi.
- Alvaro Iruin. Salud Mental Extrahospitalaria de Donostia.
- Encarna Lázaro. Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Patxi Leturia. Fundación Matía.
- Josean Macarro. Asociación de Ayuda a Excluidos Sociales Goiztiri.
- José Antonio Marín. Diputación Foral de Álava.
- José Luís Muñoz Collantes. Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa.
- Marta Pastor. Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia.
- Carlos Ruiz de Vergara. Hospital de Leza.
- Alejandro Ruiz Idarraga. Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa.
- Matxalen Somoza. Caritas Diocesana de Bilbao.
- Juan Miguel Urrutia. Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Román Zulaika. Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa.
- Lourdes Zurbanobeaskotxea. Diputación Foral de Bizkaia.

Todas las aportaciones valorativas puestas a disposición del Ararteko en el marco de esta consulta se tratan, a lo largo del informe, con pleno respeto del principio de confidencialidad, sin identificar a sus autores.

Desde aquí, tanto la Institución del Ararteko como el SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía-Careaga –autor del informe-base–, desean transmitir su más sincero agradecimiento por su buena disposición y su activa colaboración, a todas las personas que, desde la CAPV o desde otros ámbitos geográficos, han participado activamente en este estudio.

CAPÍTULO II

ASPECTOS CONCEPTUALES

1. ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Es un hecho, ampliamente documentado, que la estructuración tradicional de los servicios de salud y de los servicios sociales no se adapta bien a la naturaleza mixta de determinadas necesidades, y que esa inadaptación –centrada en su falta de flexibilidad y adaptabilidad a las nuevas demandas de la sociedad y en sus dificultades y en sus reticencias para coordinar sus actuaciones– determina su incapacidad para responder a esas necesidades con la prestación de la atención más idónea, es decir, de una atención integral y personalizada, orientada a garantizar la buena articulación y la continuidad de los cuidados.

Esa dificultad de respuesta no es exclusiva, naturalmente, de esos dos sectores de atención, sino que se observa, con carácter general, en todas aquellas áreas que se hallan en la confluencia de dos o más ámbitos de la intervención pública, ámbitos que, en consecuencia, difícilmente pueden delimitarse con absoluta precisión y que, en sus zonas fronterizas, padecen de esa indefinición, produciéndose solapamientos o, inversamente, vacíos, es decir déficit de cobertura por parte de ambos sectores. Tal situación puede darse tanto entre áreas de distinta naturaleza y sujetas a un tratamiento administrativo diferenciado –por ejemplo, entre los servicios sociales y los servicios de vivienda– como entre áreas que, globalmente, se inscriben en un mismo sector, política pública o sistema –como se observa, por ejemplo, en el ámbito sanitario, en las relaciones entre la atención primaria y la atención especializada u hospitalaria.

Entre el ámbito sanitario y el ámbito de los servicios sociales, las zonas de confluencia son particularmente confusas, debido, principalmente, a que ambos sectores tienen por finalidad prestar servicios de atención a la persona y a que, contrariamente a lo esperable, no siempre resulta sencillo delimitar cuándo un tipo de cuidado deja de ser sanitario para ser social o de ser social para ser sanitario. Las dificultades de coordinación entre sistemas tan cercanos, que, como se verá más adelante, tienen múltiples causas –unas estructurales y organizativas, pero otras culturales y relacionales–, pueden tener un impacto muy negativo en la calidad de la atención prestada, con consecuencias que llegan a ser graves para la calidad de vida de las personas que requieren de esa atención mixta y para su entorno más inmediato. Pueden, además, tener efectos nefastos y perversos para el propio sistema, en la medida en que la incapacidad para ofrecer, con eficacia, la atención idónea, conduce a una utilización ineficiente de los recursos, generando costes innecesarios para ambos sistemas (la falta de articulación puede determinar, incluso, que las personas usuarias tiendan a convertirse en hiper-frecuentadoras e hiper-demandantes de los servicios sanitarios y sociales).

Lo cierto es que, hoy por hoy, la estructuración de los sistemas hace caso omiso de un hecho básico como es el de que, en la vida de las personas, la división entre lo social y lo sanitario es absolutamente artificial. Se impone pues el principio de realidad, que fuerza a constatar que el carácter mixto y complejo de determinadas necesidades conduce, inevitablemente, a que las actuaciones sanitarias y sociales orientadas a su atención se interrelacionen e, incluso, sean interdependientes.

1.1. CONCEPTO Y DENOMINACIÓN

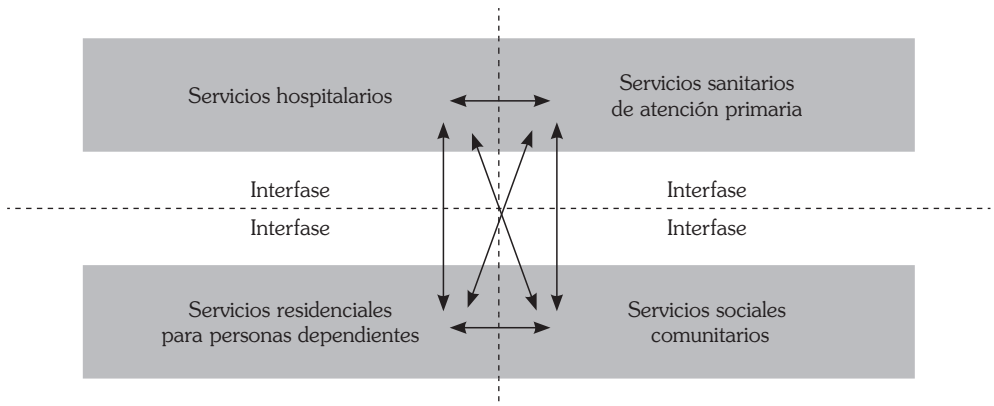
La constatación de esta realidad y, sobre todo, como se verá más adelante, el creciente aumento de las necesidades que requieren la intervención combinada de ambos sectores, han llevado a las instituciones internacionales¹, y a la mayoría de los países desarrollados, a considerar la necesidad de articular un espacio también mixto, que pretende aplicar fórmulas de atención y servicios de forma combinada y complementaria. Cuando alcanzan su nivel máximo de coordinación estas fórmulas pueden llegar a adquirir entidad propia, una naturaleza diferenciada de la de los dos sectores de origen, y ello independientemente de que esa especificidad se refleje o no en la estructura administrativa, pudiendo circunscribirse a una única estructura de servicio o extenderse a toda una red de equipamientos o al conjunto del sistema.

En nuestro entorno inmediato, este ámbito mixto se conoce como “atención socio-sanitaria”, “espacio sociosanitario” o, simplemente, “coordinación sociosanitaria”. En la literatura internacional, las denominaciones son también variadas, pero impera el término “*integrated care*”, que pretende englobar modelos, experiencias e iniciativas diversas que responden a diferentes apelaciones: “*shared care*” y “*joint care*” (Reino Unido), “*vernetzung*” (en Alemania), “*transmurale zorg*” (en Holanda), “*soins médico-sociaux*” (en Francia), “*managed care*” (en Estados Unidos), por mencionar sólo algunas. Con todo, no puede afirmarse que todos estos términos se refieran exactamente a las mismas realidades, abarquen los mismos objetivos, y estructuren, para su consecución, modelos y estrategias de actuación comparables. En realidad, la adopción del término “*integrated care*”, que podríamos traducir, para este informe, como “atención integrada” o “integración de la atención”, obedece a una convención, derivada de la necesidad de poder aludir, de forma unificada, a una pluralidad de modelos o, más acertadamente, de formas de organización y funcionamiento, que coordinan, con mayor o menor intensidad, diferentes estructuras o servicios.

Lo cierto es que el término se utiliza con la misma ambigüedad con la que se recurre habitualmente al de “coordinación”, de modo que puede y suele emplearse, bien con referencia a la integración o a la coordinación de servicios dentro de un mismo sector –es habitual recurrir a él en el ámbito sanitario para aludir a la necesidad de intensificar la coordinación entre la atención a patologías agudas y la atención a condiciones crónicas–, bien a la coordinación de servicios entre el sector sanitario y el sector de servicios

¹ A lo largo de la última década, la estrecha colaboración entre los servicios, con fórmulas de coordinación y de integración de la atención, se ha constituido, de la mano de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea, en un elemento esencial tanto de la reforma de las políticas de salud como de la reforma de los sistemas de protección social.

sociales, bien a la coordinación de estos dos últimos con otros sistemas o políticas públicas, también orientadas a la consecución del bienestar social, como son, en particular, las políticas de vivienda o las políticas de garantía de ingresos. En el marco de este informe, los términos de coordinación e integración se referirán, fundamentalmente, a las relaciones entre los sectores sanitario y social, si bien considerando como requisitos imprescindibles de la eficacia de esta relación, la coordinación intrasectorial. El siguiente esquema trata de reflejar el conjunto de relaciones englobadas en este enfoque:



A pesar de la ambigüedad de su contenido, o quizá gracias a ella, el concepto de integración resulta acertado, sin duda porque es uno de esos términos que presentan un atractivo intrínseco, en la medida en que nadie, desde un punto de vista organizativo y desde la óptica de la calidad de la atención, defendería, en principio, la fragmentación y la dispersión, frente a la integración², y en la medida también en que su carácter ambiguo permite salvar y eludir diferencias esenciales entre quienes, a su amparo, defienden diferentes modelos de relación y diferentes intensidades de coordinación.

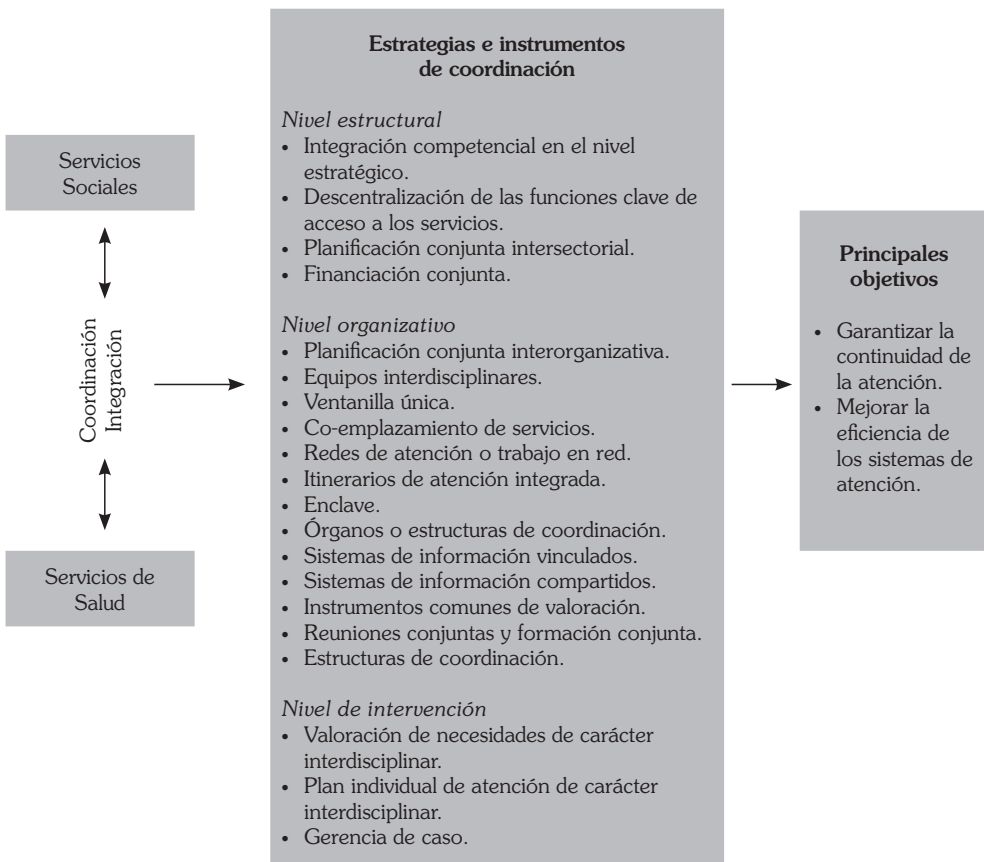
A pesar de las diferentes denominaciones y a pesar también de la diversidad de modelos y de formas organizativas que se engloban bajo las mismas, existen algunos elementos que pueden considerarse definitorios de la atención sociosanitaria:

- Responde a situaciones de necesidad complejas que requieren de intervenciones de naturaleza mixta, sociales y sanitarias, de forma simultánea, o también secuencial, pero en todo caso complementaria y estrechamente articulada.

² La integración se encuentra en el núcleo de la teoría de sistemas y es fundamental para el diseño de las organizaciones y para su eficacia. Todas las organizaciones y todos los sistemas son, en cierta medida, estructuras jerárquicas constituidas por elementos diferenciados pero conectados entre sí; esos elementos diferenciados desempeñan roles complementarios en la realización de una función común. No obstante, la división, descentralización y especialización propias de la arquitectura de las organizaciones muy complejas, tienden a interferir con los objetivos de eficiencia y calidad, objetivos cuya consecución requiere la cooperación y colaboración entre los diferentes elementos de la organización o el sistema. Desde esta perspectiva, se considera un sistema integrado aquel en el cual su nivel de coherencia interna determina que un cambio producido en cualquiera de sus subsistemas produzca cambios en los demás subsistemas y hasta en el sistema mismo.

- Tiene un objetivo principal: garantizar la continuidad de los cuidados, evitando desajustes materiales –solapamientos y vacíos o déficit de cobertura– y desajustes temporales –desfases o tiempos de espera entre los diferentes servicios–.
- Recurre, para su prestación, a una serie de estrategias e instrumentos de colaboración que se articulan en torno al principio de interdisciplinariedad.
- Tiene su sentido y fundamento en un enfoque de atención integral centrado en la persona y orientado a garantizar el máximo nivel de bienestar, calidad de vida y autonomía, otorgando prioridad y facilitando, siempre que sea posible, su permanencia en su entorno social habitual y la atención en su domicilio.

El siguiente esquema ilustra claramente lo anterior y da la pauta o la secuencia de los contenidos en torno a los cuales se estructura este capítulo.



1.2. EL OBJETO PRIORITARIO DE LA ATENCIÓN SOCIOSSANITARIA: LA RESPUESTA A SITUACIONES DE NECESIDAD COMPLEJAS

Sin duda, una buena coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales resulta beneficiosa para cualquier persona que presente necesidades de ambos tipos, independientemente de su grado de complejidad, en la medida en que la correcta articulación de las intervenciones facilitará su acceso a los diferentes servicios y prestaciones, adecuando la secuencia a sus necesidades y circunstancias y favoreciendo un itinerario fluido por ambas redes. Con todo, cuando esas necesidades no son mixtas, es decir, cuando no se sitúan, a pesar de presentarse simultáneamente, en la zona de confluencia entre lo social y lo sanitario, puede bastar para garantizar la fluidez de su itinerario por ambas redes, con una fórmula ligera de colaboración.

Existen, en cambio, determinados grupos de población para quienes, por la naturaleza y las características de sus necesidades sociales y sanitarias y, sobre todo, por el fuerte componente simultáneo o mixto de ambas, la máxima coordinación entre ambos sectores es indispensable para responder a ellas de forma idónea y eficiente, constituyéndose así en los colectivos diana de la atención socio sanitaria.

La literatura especializada da cuenta de numerosas propuestas internacionales, estatales y autonómicas para la delimitación de estos colectivos, siendo un rasgo común a todas ellas la larga duración de los cuidados requeridos. Encabezan así la lista de protagonistas de este sector de atención las personas mayores dependientes, las personas con condiciones crónicas (principalmente, enfermedades crónicas, graves discapacidades, enfermedades infecciosas persistentes y enfermedades y trastornos mentales) y las personas con enfermedades en fase terminal.

Con todo, debe tenerse presente que la consideración de estos colectivos como grupos de atención preferente de la atención socio sanitaria no significa que todas las necesidades que presentan deban calificarse de tales; en muchos casos, a pesar de su complejidad, se circunscriben estrictamente al ámbito social o exclusivamente al sanitario y, en esos supuestos, el nivel de coordinación requerido es más ligero.

A continuación, se detallan algunas características referidas a las necesidades propias de los grupos de población que constituyen el objeto prioritario de la atención socio sanitaria, con el fin de fundamentar las razones de su consideración preferente.

1.2.1. *Personas mayores dependientes*

El grupo constituido por las personas mayores dependientes es, sin duda, el más representativo: primero, porque es, con diferencia, el más numeroso –los datos indican que el 85% de quienes requieren atención socio sanitaria se inscriben en ese colectivo³– pero también por otras razones:

³ La integración se encuentra en el núcleo de la teoría de sistemas y es fundamental para el diseño de las organizaciones y para su eficacia. Todas las organizaciones y todos los sistemas son, en cierta medida, estructuras jerárquicas constituidas por elementos diferenciados pero conectados entre sí; esos elementos diferenciados desempeñan roles complementarios en la realización de una función común. No obstante,

- En primer lugar, porque, a pesar de que la atención sanitaria a las personas mayores ha mejorado muy notablemente en los últimos años, haciendo posible que exista un número creciente de personas muy mayores en buen estado de salud, el envejecimiento determina, más que otras edades, la aparición de problemas o dificultades físicas, psicológicas y sociales cada vez más complejas y, casi siempre, muy interrelacionadas. Por un lado, los datos indican que determinadas enfermedades crónicas –como diabetes, patologías cardiovasculares, insuficiencia cardíaca, artrosis y osteoporosis, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, cataratas y sordera– tienen mayor prevalencia en la población mayor. Además, cuando las personas mayores presentan un episodio agudo, es frecuente que éste, al margen de requerir un periodo más largo de recuperación que el que precisan personas más jóvenes, se presente en el contexto de otra enfermedad, de carácter crónico o de larga duración, que requiere un tratamiento largo, complejo e integral y, por lo tanto, precisa la coordinación de una serie de competencias y conocimientos aportados por diferentes especialidades médicas, pero también por otras disciplinas profesionales, como, en particular, el trabajo social⁴.

En atención a lo anterior, la literatura geriátrica define algunas características o peculiaridades de la enfermedad en las personas mayores y de la atención sanitaria requerida:

Principales características de la enfermedad en las personas mayores

- Rápido deterioro en ausencia de tratamiento adecuado.
- Frecuencia de pluripatología.
- Modos de presentación atípicos o inespecíficos.
- Alta incidencia de complicaciones secundarias.
- Necesidad frecuente de procesos activos de rehabilitación.
- Necesidad frecuente de apoyo para retornar a su entorno comunitario habitual.

Fte.: Grimley Evans, J. Ageing and medicine en Davey, B.; Grey, A. & Seale, C. (Eds.) Health and Disease: A Reader. 3rd. edition. Open University Press, Buckingham (2001).

.../...

la división, descentralización y especialización propias de la arquitectura de las organizaciones muy complejas, tienden a interferir con los objetivos de eficiencia y calidad, objetivos cuya consecución requiere la cooperación y colaboración entre los diferentes elementos de la organización o el sistema. Desde esta perspectiva, se considera un sistema integrado aquel en el cual su nivel de coherencia interna determina que un cambio producido en cualquiera de sus subsistemas produzca cambios en los demás subsistemas y hasta en el sistema mismo.

⁴ Esta complejidad tiene un claro reflejo en la duración de sus estancias hospitalarias que, según datos de la OCDE, triplica, de media, la del resto de la población en los países europeos.

Características de la atención sanitaria a las personas mayores

- *Integral*: debe abarcar las esferas clínica, funcional, mental y social (enfoque bio-psico-social-funcional) y no limitarse al mero concepto biomédico de salud/enfermedad física.
- *Integrada*: debe estar integrada en la red de asistencia sanitaria de la población general, aunque ello no es óbice para que disponga de recursos propios especializados de atención.
- *Integradora*: debe perseguir la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual mientras sea posible con una calidad de vida digna.
- *Terapéutica y rehabilitadora*: debe pretender el diagnóstico y tratamiento eficaces que eviten las secuelas de incapacidad y dependencia. Debe intentar evitar las actitudes meramente protésicas o custodiales, que se centran en suplir las carencias de la persona pero no contemplan su prevención y su tratamiento causal.
- *Precoz*: Debe ser precoz, una vez aparecido el problema y, si puede, anticiparse a él. De la precocidad de su instauración depende, en gran medida, el éxito terapéutico.
- *Progresiva*: con mayor intensidad en las fases agudas de enfermedad y menor en fases subagudas o crónicas.
- *Continuada en el tiempo*: para los pacientes de edad avanzada no existen situaciones estancadas de enfermedad que los profesionales clasifiquemos como “agudos o crónicos” ni de “corta o larga estancia”, ni siquiera “primarios o especializados”. El sistema asistencial debe ofrecer respuestas a las situaciones de los pacientes a modo de un continuum sin fisuras, evitando la desproporción de un tipo de cuidados sobre los otros.
- *Dotada de recursos*: debe disponer de una dotación estructural adaptada a las distintas situaciones de enfermedad de los mayores (atención en la comunidad y a pacientes ingresados, niveles de agudos, rehabilitadores y de larga duración) y a sus características anatómicas y funcionales.
- *Coordinada*: de forma que los diferentes recursos necesarios, sanitarios y sociales, primarios y especializados, estén disponibles en el momento y el lugar en que se precisan.
- *Sectorizada*: para que se puedan dar respuestas a los problemas específicos del anciano dentro de su propia área de salud y la provisión de recursos obtenga la máxima eficiencia.

Fte.: Salgado, A. *Geriatría. Historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica*.

Medicine, 1983, nº 50, 3.235-3.239.

La necesidad de una intensa coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales en la atención a las personas mayores no es un enfoque novedoso que se haya ideado en los últimos años en respuesta al envejecimiento demográfico y al aumento de las situaciones de dependencia, aunque sólo ahora se haya convertido en el centro del debate. Ese planteamiento, en realidad, nace con la geriatría, que se define, en términos de la Comisión Nacional Española de Geriatría, como la: *“Rama de la medicina dedicada al anciano, que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y la enfermedad de los ancianos”* y, en términos quizá más evocadores aportados por la Sociedad Británica de Geriatría, como la *“rama de la medicina dedicada al anciano que se ocupa, no sólo del diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, sino también de su repercusión funcional y de su reinserción en la comunidad”*.

En ambas definiciones la interrelación de los aspectos médicos y sociales es patente, y se recoge más claramente todavía en la delimitación que, siguiendo la filosofía anglosajona, la Comisión Nacional de Geriátría hace de los fines de esta disciplina en 1978 –año en que se reconoce como oficial esa especialidad médica de geriatría en nuestro ámbito–:

Fines de la Geriátría

- El desarrollo de un sistema asistencial, a todos los niveles, que atienda las múltiples alteraciones y problemas médico-sociales de los ancianos que de forma aguda o subaguda presenten como rasgo común la pérdida de su independencia. La geriatría debe valorar todas las necesidades de los ancianos, tanto sanitarias como sociales, asistenciales, etc., para proporcionarles, con los recursos existentes, las posibles soluciones o cuidados médicos y sociales para que su asistencia sea total, integral.
- La movilización de todos los recursos para devolver a la comunidad el mayor número posible de estos ancianos. No se trata de crear nuevos y costosos edificios, sino de utilizar de una forma más racional los recursos existentes.
- La organización de una asistencia prolongada a los ancianos que lo necesiten. Los ancianos con enfermedades crónicas, invalidantes o mentales pueden permanecer en su domicilio habitual, siempre que estén suficientemente protegidos por la ayuda médico-social a domicilio. En caso contrario, ingresarán en unidades de larga estancia dependientes de servicios de geriatría hospitalarios o en residencias asistidas dependientes de los servicios sociales de la comunidad.

Fte.: Guía de Especialidades Médicas. Especialidad de Geriátría. Ministerio de Sanidad, Madrid, 1978.

En la actualidad, treinta años después de aquella primera delimitación, la Sociedad Española de Geriátría abunda en la misma dirección y establece las siguientes características diferenciales de esta disciplina respecto de otras ramas de la medicina:

Aspectos diferenciales relevantes de la geriatría respecto a otras especialidades

1. Valoración integral del anciano*:
Enfermedades orgánicas, capacidad funcional, estado mental y entorno socio-familiar.
2. Trabajo en equipo interdisciplinar**:
Distintos profesionales, objetivo común, se comunican entre sí (todos conocen lo que hace el otro y todos conocen los progresos del paciente).
3. Niveles asistenciales (continuum asistencial)***:
(Hospital de agudos, media estancia/convalecencia, larga estancia, hospital de día, atención domiciliaria, residencias...). Cada anciano debe recibir la atención «adecuada» en el lugar «adecuado» y todo ello de manera continuada y coordinada.

* En otras especialidades médicas la visión integral se limita sólo a los aspectos biológicos y orgánicos de las enfermedades.

** En otras especialidades el trabajo en equipo se limita a la suma de acciones técnicas consecutivas sin interrelacionarse entre sí.

*** Otras especialidades limitan su campo de acción a un solo nivel asistencial.

Fte.: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Tratado de Geriátría para Residentes, Madrid, 2006.

En su formulación, por lo tanto, puede decirse que la geriatría es el paradigma de la atención socio sanitaria⁵.

- Un segundo elemento que lleva a considerar a las personas mayores dependientes como colectivo prioritario de la atención socio sanitaria es su mayor grado de vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad presenta dos dimensiones:
 - Una objetiva, en la medida en que existen ciertas probabilidades, más elevadas que en otras etapas del ciclo vital, de sufrir alguna discapacidad física y/o mental: riesgos físicos –de caída o lesión–, bien documentados en la literatura científica, pero también otros, menos conocidos, que han empezado a salir a la luz en la última década, como son la explotación económica, el abuso emocional o el maltrato físico, tanto en el ámbito doméstico como en el ámbito institucional. La prevención de estos riesgos y, en su caso, su detección precoz, sólo es viable dentro de un sistema bien coordinado de intensa colaboración entre los servicios de salud y los servicios sociales, sobre todo en un contexto de proximidad.
 - Existe, además, una dimensión subjetiva de la vulnerabilidad. El bienestar mental, psicológico, se encuentra asociado, en buena medida, a un sentimiento de seguridad. En nuestras sociedades modernas, de prosperidad económica, en las que se observa, con respecto a épocas anteriores, un aumento evidente de los niveles de seguridad colectiva y de bienestar general, se constatan, paradójicamente, crecientes niveles de ansiedad en relación con la seguridad personal, de modo que puede deducirse que el incremento objetivo de los niveles de seguridad colectiva no conlleva, necesariamente, un incremento correlativo de la percepción de seguridad o de bienestar individual. Desde esta óptica, la literatura apunta a una cierta correlación entre fragilidad y discapacidad física y baja autoestima, que determina un incremento del sentimiento de vulnerabilidad, que a su vez influye en la percepción del riesgo.

En consecuencia, si realmente se desea maximizar el bienestar de las personas mayores, los servicios de salud y los servicios sociales deben esforzarse conjuntamente no sólo en incrementar los niveles objetivos de seguridad, sino en

⁵ Salgado añade algunas consideraciones del máximo interés con respecto a la naturaleza de la geriatría y a la forma en que debe ejercerse y posibilitarse y dice (el subrayado es del equipo redactor):

“La asistencia geriátrica debe formar parte y estar absolutamente integrada dentro de la asistencia sanitaria general del país. Debe ser integral y cubrir todos los aspectos médicos, sociales, preventivos, asistenciales y rehabilitadores. La rehabilitación no debe limitarse al campo físico, sino abarcar también el psíquico y social; por ello la rehabilitación en geriatría, que debe ser precoz y continuada, tiene como objetivos fundamentales la reactivación, la resocialización y la reintegración familiar del anciano.

La asistencia geriátrica, al igual que el resto de la asistencia sanitaria del país, debe ser por áreas o sectores y debe alcanzar tanto a la zona urbana como a la intermedia y rural. En esta áreas o sectores geográficos (150.000 a 300.000 habitantes, entre 15.000 y 30.000 ancianos) deben existir tres pilares básicos en perfecta conexión y coordinación: servicio de geriatría del hospital general, medicina familiar y comunitaria, actuando desde los centros de salud, y servicios sociales de la comunidad. El fallo de cualquiera de los tres pilares lleva consigo el fracaso del sistema asistencial.

En la asistencia geriátrica es trascendental, por tanto, la sectorización y coordinación de los servicios médicos con los sociales (...).”

arbitrar fórmulas y medidas que permitan reforzar la autoestima de las personas mayores que presentan alguna discapacidad funcional, con el objeto de capacitarlas para hacer frente y modificar su percepción del riesgo y de su grado de vulnerabilidad.

1.2.2. **Personas con condiciones crónicas**

Si bien, tradicionalmente, el objetivo prioritario de los sistemas de salud ha sido atender las enfermedades con mayores tasas de prevalencia y con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, se hace cada vez más evidente, tras la transición epidemiológica⁶, la necesidad de ampliar su foco de interés, dado su peso creciente, a las condiciones crónicas.

El concepto “condiciones crónicas” permite agrupar una serie de contingencias de larga duración que, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud en su informe sobre “*Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio*”, incluyen básicamente enfermedades no transmisibles (por ejemplo, cardiopatía, diabetes, cáncer), enfermedades transmisibles persistentes (por ejemplo, sida)⁷, trastornos mentales⁸ y deficiencias físicas y sensoriales. Independientemente de su etiología, son todas ellas condiciones crónicas y todas ellas requieren cambios, por tiempo indefinido, en el modo de vida de las personas afectadas y en sus pautas de cuidado de su propia salud⁹. Todas estas condiciones crónicas también requieren, del sistema sanitario, pautas de atención que, sin perjuicio de las especificidades asociadas a la particular naturaleza de cada una de ellas, presentan, en su esencia, numerosas similitudes.

⁶ La transición epidemiológica constituye un proceso de cambio, a largo plazo, en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población. Se caracteriza por:

- Desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles por la de las no transmisibles.
- Desplazamiento en la morbilidad y mortalidad de los grupos etáreos jóvenes a los de edad más avanzada.
- Desplazamiento de la mortalidad como fuerza predominante, por la morbilidad, sus secuelas e discapacidades.
- Polarización epidemiológica, que sucede cuando, en distintas zonas de un país o en distintos barrios de una misma ciudad, se observan diferencias en la morbilidad y mortalidad de la población.

⁷ Hace apenas un decenio, un diagnóstico de Sida significaba la probabilidad de muerte inminente; en la actualidad, sin embargo, gracias a los adelantos en la ciencia médica, la infección por el VIH/SIDA se ha convertido, en muchos casos, en un problema de salud de larga duración.

⁸ Los problemas de salud mental representan 5 de las 10 principales causas de discapacidad mundial, correspondiéndole 12% de la carga global de morbilidad total.

⁹ Las condiciones crónicas producen graves distorsiones en la vida de la persona, con repercusiones sobre el área personal, familiar y social de quien las padece:

Pérdidas asociadas a las condiciones crónicas

1. Área Personal:

- Malestar físico y emocional.
 - Cambios en los patrones de sexualidad.
 - Pérdida de la independencia.
 - Modificaciones en la escala de valores y filosofía de vida.
 - Alteraciones en la autoimagen.
 - Sentimiento de impotencia y desesperanza.
 - Miedo a lo desconocido.
 - Respuestas depresivas, de negación o de agresividad.
-

Los datos indican que las condiciones crónicas crecen en proporciones muy considerables constituyéndose en un auténtico reto para la salud pública y en una de las principales causas del aumento del gasto público en este sector –se estima que, en los países occidentales, son responsables del 75% del gasto sanitario y de más del 80% del gasto farmacéutico–; se hace imprescindible y urgente que este crecimiento tenga su reflejo tanto en los propios sistemas de salud como en su relación con otros sistemas de protección, en particular, con los servicios sociales.

En efecto, los sistemas sanitarios vigentes en la actualidad se diseñaron y desarrollaron en respuesta a las patologías agudas y a las necesidades urgentes: examinar, diagnosticar, aliviar los síntomas y curar, son sus sellos distintivos. La dificultad estriba en que este modelo, muy eficaz para la atención de las contingencias para las que fue ideado, no se adapta bien a la atención de las condiciones crónicas; en este sentido, no puede sino constatarse, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, que los sistemas actuales no han sido capaces, en su evolución, de guiarse por las necesidades derivadas del aumento de las condiciones crónicas y de asumir que estas condiciones requieren un enfoque intrínsecamente diferente. En respuesta a esta constatación, se impone, más que superar el modelo vigente, ampliarlo para incluir nuevos conceptos, nuevas ideas, nuevos métodos o programas de prevención, tratamiento y cuidados, capaces de responder a unas necesidades muy diferentes de las de quienes sufren patologías agudas, a saber:

- Fórmulas de apoyo amplias y plurales, que no consistan únicamente en intervenciones biomédicas.
- Una atención planificada e integrada, que articule eficazmente las diferentes intervenciones médicas y sociales, sin solapamientos ni desfases y que, siempre que sea posible, facilite su permanencia en su entorno sociofamiliar habitual, en su propio domicilio.
- Información suficiente para adquirir conocimientos de autocuidado que les capaciten para administrar o gestionar sus problemas de salud.

2. Área Familiar:

- Pérdida del rol del enfermo.
- Cambios en el rol de los demás miembros de la familia.
- Separación del entorno familiar.
- Problemas de comunicación en la familia.

3. Área Social:

- Cambio o pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo.
- Aislamiento social.
- Cambio en el nivel socioeconómico.
- Cambio en la utilización del tiempo libre.

Desde esta perspectiva, se aboga, a nivel internacional, bajo el liderazgo de la OMS, por la aplicación de un marco nuevo y ampliado, denominado “Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas”, en el que la atención a estas contingencias no reposa únicamente en los servicios sanitarios, sino también, en los servicios sociales y otros apoyos comunitarios, articulándose en torno a la persona, sus necesidades y su entorno sociofamiliar.

En términos globales, puede decirse que se hace imperativo un cambio de cultura consistente, básicamente, en pasar del enfoque actual centrado en “curar” a otro más amplio, capaz de aunar sus funciones de curación con sus funciones de cuidado: “curar y cuidar”.

**Cambios culturales para la articulación del nuevo modelo de atención sociosanitario
Basado en las recomendaciones de la OMS**

Cultura	Modelo sanitario (enfoque actual)	Modelo sociosanitario (nuevo enfoque)
Paradigma	Curar	Curar + Cuidar
Orientación	Centrado en la enfermedad Diagnóstico y tratamiento	Centrado en la persona Diagnóstico, tratamiento, cuidados y autocuidado
Cultura base	Hiperespecialización	Valoración integral médica/funcional/social
Funcionalidad/Discapacidad	–	Atención a discapacidad y dependencia
Organización	Jerarquizado Basado en diagnósticos Estructural Fragmentado	Multidisciplinar Basado en procesos Funcional Continuidad asistencial

Fte.: Adaptado de Avellaneda, A., Izquierdo, M., Torrent-Farnell, J., & Ramón, J.R. *Enfermedades raras: Enfermedades crónicas que requieren un nuevo Enfoque sociosanitario*. An. Sist. Sanit. Navar. 2007, Vol. 30, n° 2.

1.2.3. Personas con enfermedades en fase terminal

Como recuerda Lynn en el Informe Hastings sobre cuidados al final de la vida, en un pasado no muy lejano, las personas enfermaban y morían, en unos pocos días o en algunas semanas, y el final de la vida tenía un significado preponderantemente religioso y cultural, en el que el papel de los servicios sanitarios y sociales no adquiría gran protagonismo. En la actualidad, en cambio, la mayor parte de la población occidental, una vez alcanzada la vejez, si bien consigue mantenerse en buen estado de salud hasta una edad muy avanzada, en la etapa final de su vida acumula problemas sociales y de salud (muchos degenerativos o progresivos) durante un periodo de tiempo relativamente largo antes de morir.

Este cúmulo de dificultades se hace particularmente penoso cuando se alcanza la fase terminal de una enfermedad¹⁰. Como destacan tanto el Plan de Cuidados Paliativos de la CAPV como el Plan Nacional vigente en esta materia, hoy, los avances médicos, tecnológicos y farmacológicos, además de hacer posible la curación de un gran número de enfermedades y, como se ha dicho, la conservación de un buen estado de salud en la vejez, también pueden prolongar la supervivencia de una persona y diferir el momento de su muerte, provocando, en algunos casos, que la fase final de la vida conlleve un sufrimiento innecesario.

El actual patrón demográfico y de morbilidad hace pensar que, en los próximos años, aumentará el número de personas que se encuentren en la fase terminal de su enfermedad¹¹, y tanto esta evolución como la naturaleza de las necesidades en esta fase del ciclo vital determinan, al igual que en la atención a las condiciones crónicas, que las actuales tendencias internacionales –observadas en un contexto de reforma y reorientación de los sistemas de salud– tiendan a propugnar, en su articulación de los cuidados paliativos¹², dos principios que abogan por una estrecha colaboración entre servicios sanitarios y servicios sociales:

- Facilitar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales dentro de un programa de atención integrado y personalizado para cada paciente, facilitando cambios en la organización que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a las cambiantes necesidades de la persona enferma.
- Favorecer la atención en el domicilio del paciente, como lugar más idóneo para seguir su evolución, control, tratamiento y apoyo.

¹⁰ El Plan Nacional de Cuidados Paliativos define la enfermedad terminal como “*aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en enfermos, familiares y equipos, con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, que genera una gran demanda de atención (...)*”.

¹¹ Promedio anual de defunciones por causas que producen enfermedad terminal.

CAPV 2002-2004

	CAPV	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Tumores malignos	5.326	635	3.020	1.671
Alzheimer	481	74	249	158
Otras demencias	728	104	394	230
SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida)	85	10	56	19
E.L.A. (Esclerosis lateral amiotrófica)	53	7	31	15

Fig.: Plan de Cuidados Paliativos 2006-2009 del Gobierno Vasco. Datos tomados del Registro de Mortalidad del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

¹² Según el Plan de Cuidados Paliativos de la CAPV, vigente hasta 2009, “*destacan el control de síntomas clínicos como el dolor, y la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales, orientados a conseguir el alivio del sufrimiento de la persona enferma y su familia*”.

1.3. RAZONES QUE EXPLICAN EL PROTAGONISMO ACTUAL DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

El protagonismo adquirido por la atención sociosanitaria, tanto en la literatura especializada como en los documentos oficiales que reflejan los fundamentos y la estructuración de las políticas públicas, es un fenómeno reciente y es también un fenómeno internacional, y todo apunta a que, si de momento parece afectar principalmente a los países desarrollados, en un futuro no muy lejano aparecerá también en las agendas políticas de los países actualmente en vías de desarrollo.

Este protagonismo parece tener un doble origen:

- Por un lado, el ya aludido creciente aumento de los grupos de población más susceptibles de necesitar y de beneficiarse de esta atención: todos ellos constituyen colectivos muy vulnerables, con necesidades complejas y permanentes que afectan a su autonomía en la vida diaria, y que requieren un paquete de servicios de naturaleza mixta, prestados de forma simultánea o secuencial, en su domicilio o en el ámbito hospitalario o residencial. Este aumento de las necesidades hace más evidentes las disfunciones del marco actual y sitúa, por lo tanto, en el centro del debate, el carácter urgente de esta materia, otorgándole un muy considerable protagonismo.

En efecto, en la actualidad, la fragmentación y la compartimentación de los sistemas de salud y de servicios sociales –crecientemente manifestada y criticada por las y los profesionales de ambos sectores y por las personas usuarias y sus familias que padecen directamente sus consecuencias– impiden ofrecer esos servicios en un continuo coherente, constituyéndose, el diseño y la prestación de una atención bien articulada, susceptible de responder a necesidades de diferente naturaleza, en un auténtico reto, que requiere enfrentarse a innumerables dificultades para compaginar la planificación y la actuación de las dos redes:

- dificultades para valorar o evaluar las múltiples necesidades;
 - dificultades para organizar paquetes de servicios susceptibles de responder eficaz y coordinadamente a esa multiplicidad;
 - dificultades para coordinar a las diversas entidades y profesionales que intervienen en la prestación de los servicios;
 - dificultades para responder a las situaciones de crisis y apoyar a las y los cuidadores familiares;
 - y, finalmente, dificultades para hacer frente a todas las anteriores dentro de las disponibilidades presupuestarias.
- Un segundo elemento que explica el protagonismo adquirido en esta última década por la atención sociosanitaria es, sin duda, la orientación general que, afortunadamente, han tomado tanto las políticas sanitarias como sociales hacia fórmulas que otorgan prioridad a la permanencia en el domicilio y a la atención en el ámbito comunitario. La apuesta por esta orientación hace más visible y evidente la necesidad de un reforzamiento de los cauces de coordinación y de atención conjunta, en la medida en que conllevan, cuando atienden necesidades complejas, la intervención

de una gama amplia de servicios y de profesionales. Efectivamente, en un contexto tan plural, las políticas públicas, actuando desde la responsabilidad, deben acometer la creación de servicios sanitarios y sociales que hagan posible, más allá del discurso, la atención en el entorno comunitario de personas con necesidades mixtas y complejas. No es posible ni aceptable –como ha ocurrido en muchos países europeos con sus políticas de desinstitucionalización y como, de hecho, está ocurriendo en la actualidad en nuestro propio contexto, en particular, con respecto a las personas con enfermedad mental– optar por la desinstitucionalización o por la atención comunitaria, sin crear, en contrapartida, los recursos capaces de actuar en un entorno de proximidad. Son dos facetas indisociables de una misma realidad.

- Por último, se aduce que, en nuestras sociedades modernas y postindustriales, los sistemas de salud se caracterizan por estar sometidos a profundas presiones desintegradoras, que tienen su principal causa en las continuas innovaciones técnicas y en la rápida expansión de estas innovaciones, con la consecuente intensificación de su ya marcada tendencia a la hiperespecialización. Los sistemas sanitarios públicos se ven sujetos a fuertes presiones para contener esta expansión, con el fin de mantenerse operativos dentro de unos límites presupuestarios que, desde una perspectiva política y financiera, resulten asumibles, pero lo cierto es que tienen un margen de maniobra muy limitado (contrariamente a lo que ocurre, por ejemplo, en el sector industrial y comercial, en donde la introducción de nuevas tecnologías y de nuevos productos puede amortizarse mediante un aumento directo en los niveles de productividad)¹³.

En este contexto, se considera que una solución al problema, quizá la única viable, puede estar en la reestructuración y en la reorganización de los servicios, pero, dada la fragmentación y compartimentación que caracterizan a nuestros sistemas de atención social y sanitaria, los métodos más tradicionales basados en la reorganización jerárquica y burocrática resultan inapropiados e ineficaces. Esto ha determinado que algunos países, en sus políticas asistenciales, hayan optado por experimentar con mecanismos de mercado –competitividad para rebajar costes mediante el establecimiento de relaciones contractuales entre las administraciones públicas competentes para la provisión de servicios y las entidades privadas que se encargan de su prestación– y con fórmulas de relación basadas en el trabajo en red, que sitúan a ambas partes –administración pública y entidad privada colaboradora–, prácticamente, en un plano de igualdad. Otros países han optado por una vía intermedia, en la que se enfatiza la colaboración, la coordinación y el *partenariado*, con el fin de fortalecer las relaciones entre los servicios públicos, en general, y entre los servicios de salud y los servicios sociales, en particular, sin renunciar, simultáneamente, a algunos de los elementos propios de los mecanismos de mercado. Ésta fue, por ejemplo, la postura adoptada por el Reino Unido,

¹³ Como indican V. Ortún, G. López, J. Puig y R. Sabés en su artículo sobre el Sistema de financiación capitativo: posibilidades y limitaciones, “*en el mundo de las organizaciones públicas y de organizaciones sometidas a una débil intensidad competitiva, no cabe una actitud darvinista (darvinista en el sentido de “esperar” de un mercado apenas existente la evolución hacia formas organizativas más aptas). La regulación, y la ejecución de esa regulación por la política sanitaria, han de propiciar los cambios a efectos de evitar que la competencia destructiva ponga en peligro la continuidad en el suministro de los servicios públicos*”.

con la llegada del gobierno laborista, cuyo discurso se basó, eminentemente, en la adopción de un enfoque holístico de la política pública, capaz de trascender la estructuración vertical y departamental, y fundamentado en la aplicación de políticas y programas conjuntos y compartidos.

1.4. LOS OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: LA EFICIENCIA DE LOS SISTEMAS Y LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Las finalidades que se persiguen con la intensificación de la coordinación entre los servicios sociales y los servicios de salud son múltiples, pero pueden sintetizarse en dos objetivos esenciales: el primero, desde la perspectiva de los propios sistemas, es alcanzar la máxima eficiencia en la organización y en la prestación de la atención; el segundo, desde la perspectiva de las personas usuarias, es acceder a un continuo de atención que permita un itinerario fluido por servicios de diferente naturaleza.

1.4.1. *La eficiencia de los sistemas*

En términos generales, puede decirse que un sistema de atención es eficiente cuando consigue responder adecuadamente a las necesidades de la persona usuaria, al mínimo coste posible, y manteniendo la calidad constante.

Sin duda, alcanzar esta eficiencia es uno de los principales retos de las políticas públicas y de los sistemas de salud y de servicios sociales actuales, y la coordinación entre ambas redes constituye un medio orientado a ese fin, en la medida en que favorece una mayor racionalización en la utilización de los recursos, tanto porque permite evitar solapamientos y, por lo tanto, duplicidades en la prestación, como porque, en el marco de fórmulas de actuación conjunta, hace posible la combinación flexible de servicios e incluso, como se verá más adelante, la combinación de fondos económicos procedentes de diferentes fuentes para su financiación.

1.4.2. *La continuidad de la atención*

Este concepto, y otros similares, como la continuidad de los cuidados, el continuo de servicios o la atención continuada –“seamless care”– aparecen con frecuencia en la normativa reguladora de los servicios y en los documentos programáticos de las políticas públicas europeas, pero las referencias a los mismos suelen ser breves, casi implícitas, como si constituyeran un objetivo tácito y evidente en la construcción de los sistemas y en la articulación de los modelos de atención, cuando lo cierto es que faltan tanto referencia teóricas como prácticas que orienten sobre su significado real.

La literatura especializada sobre esta materia es escasa, aunque, en los últimos años, se ha realizado un esfuerzo considerable, sobre todo desde el ámbito sanitario, por definir sus contenidos y por diseñar instrumentos capaces de evaluar y medir el grado de continuidad alcanzado en la atención prestada. Sus principales conclusiones pueden, en

principio, considerarse aplicables, por analogía, al ámbito sociosanitario, y se refieren a los elementos básicos definitorios de la continuidad de la atención y a la tipología que puede establecerse en relación con este concepto.

- *Elementos básicos.* Existen dos elementos básicos que definen la continuidad y que la diferencian de otras características de la atención; ambos son indispensables, aunque no suficientes, para que exista dicha continuidad:
 - El primero es la dimensión individual o personal de la propia continuidad, que permite distinguirla de otros conceptos cercanos como la integración o coordinación de la atención. Contrariamente a éstos, la continuidad no es una característica de las organizaciones que planifican o que prestan los servicios, sino que alude a cómo la persona, paciente o usuaria de un servicio, percibe y experimenta esa coordinación.
 - El segundo elemento es el elemento temporal, que se ha identificado con la dimensión longitudinal o cronológica de la continuidad; a él se alude, en el ámbito de la coordinación de servicios, al referir la necesidad de evitar desajustes temporales –solapamientos o tiempos de espera– en el acceso a diferentes servicios.
- *Tipología.* Se identifican tres tipos de continuidad:
 - Continuidad en la información. La información es el hilo de conexión entre las diferentes entidades y profesionales que intervienen en la prestación de la atención, pero también entre diferentes episodios o contingencias que requieren una intervención sanitaria o social.

El trasvase de información entre profesionales de un servicio o entre diferentes servicios o entidades permite conectar diversos elementos de la atención a lo largo del tiempo y constituye un requisito previo de la coordinación de la atención. Esta transmisión se hace más difícil a medida que se hace más complejo el paquete de cuidados y que aumenta el número de profesionales, de equipos y de servicios que intervienen de forma simultánea o secuencial en la atención.
 - La continuidad en la gestión alude a la prestación de diferentes servicios de forma simultánea o secuencial, pero siempre complementaria, tanto desde un punto de vista material –evitando solapamientos, vacíos o déficit– como desde un punto de vista temporal –evitando dificultades de articulación, en particular, tiempos de espera–. La aplicación de itinerarios integrados de atención, de planes conjuntos de atención individual y de protocolos comunes facilitan esa continuidad y resultan particularmente relevantes en la transición de un medio a otro, sobre todo en el traslado del medio hospitalario al medio comunitario.
 - Continuidad relacional. La continuidad relacional alude al contacto permanente entre la persona atendida y su profesional de referencia (del ámbito sanitario o social) como elemento subyacente a la continuidad de los cuidados a lo largo del tiempo; esa relación permite la continuidad de la información y genera un sentimiento de confianza y comprensión mutua y un sentido de responsabilidad profesional, que sirve de conexión entre la atención prestada en el pasado, la atención presente y la atención que será necesaria en el futuro.

2. LA CONSTRUCCIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

2.1. LA COMPLEJIDAD DE LA ARTICULACIÓN SOCIOSANITARIA

2.1.1. *Las causas de la complejidad*

Si en algo existe un consenso en materia de atención sociosanitaria, tanto en el nivel teórico como en los niveles políticos, técnicos y de intervención directa, es en reconocer la complejidad inherente a la articulación coordinada o integrada de esa atención mixta. Pero ¿cuáles son los factores que determinan esa complejidad?

- Por un lado, la fragmentación propia tanto del sistema sanitario como del sistema de servicios sociales actúa como uno de los principales obstáculos para alcanzar la coordinación de los servicios y la continuidad de la atención.

Esta fragmentación es el resultado de la interacción entre un conjunto de factores que se refuerzan mutuamente. Son, básicamente, los siguientes:

- *Las diferencias en la naturaleza del derecho.* La atención sanitaria se ha constituido en un derecho social, subjetivo, fundamental y universal, mientras que, históricamente, la atención prestada desde los servicios sociales se ha configurado como algo residual, que, todavía hoy, no ha alcanzado un estatus equiparable a aquél, salvo excepciones recientes, muy directamente vinculadas a la atención de las personas en situación de dependencia.
- *Complejidad organizativa y estructural.* Una de las principales dificultades para la prestación de una atención sociosanitaria, bien articulada y coordinada, viene dada, sin duda, por la patente compartimentación y por la falta de coherencia existente no sólo entre el sistema de salud y el sistema de servicios sociales, sino también en el seno de cada uno de estos ámbitos de intervención.

En efecto, se observa, con carácter general, que la atención social y sanitaria en los países desarrollados se estructura verticalmente, entre diferentes niveles administrativos y competenciales, y horizontalmente, entre diferentes ámbitos materiales.

Por lo que se refiere a la división vertical de funciones, en la mayoría de los países europeos se observa el siguiente esquema: la administración central es responsable de establecer las directrices generales de la política sanitaria y de la política social, mientras que la prestación de los servicios recae en las administraciones regionales y locales, siendo lo más habitual que la prestación de servicios de salud recaiga en el nivel regional y la prestación de los servicios sociales corresponda a las administraciones municipales¹⁴.

¹⁴ Conviene tener presente que en los diferentes países europeos el término “municipio” puede aludir a ámbitos poblacionales muy variados:

- **Ordenación territorial en los países nórdicos:**

Así, en Dinamarca, la atención sanitaria es responsabilidad de 16 condados mientras que la prestación de servicios sociales recae en 275 municipios, lo que determina la existencia de variaciones territoriales más marcadas en este ámbito de atención que en aquél. Para tratar de limitar los inconvenientes asociados a estas diferencias territoriales, algunos países han tratado, dada la especial y creciente imbricación entre los servicios sociales y los servicios de salud, de ajustar las divisiones geográficas aplicadas en la planificación y en la actuación administrativa de ambos sectores, de tal modo que los dos tipos de servicios sean prestados a un mismo grupo de población, aunque intervengan en dicha prestación entidades enmarcadas en diferentes sistemas de protección. El caso de Québec es repre-

.../...

- En Suecia, existen tres niveles territoriales: el Estado, los condados y los municipios. En la actualidad, existen 23 condados y 286 municipios cuya población media se sitúa entorno a los 20.000 habitantes, oscilando entre unidades territoriales de 5.000 habitantes y grandes ciudades, como el caso de Estocolmo que alcanza 1.000.000 de habitantes.
- En Dinamarca, la ordenación es bastante similar. Existen 16 condados, con poblaciones comprendidas entre 50.000 y 60.000 habitantes, y 275 municipios, la mitad de los cuales cuentan con poblaciones inferiores a 10.000 habitantes. Los grandes municipios de Copenhague y Frederiksberg tienen un estatus administrativo especial: son simultáneamente condado y municipio y ejercen las competencias correspondientes a ambos niveles.
- En Finlandia y en Noruega, en cambio, el único nivel de administración local es el municipio, y su tamaño medio viene a ser de unos 5.000 habitantes, aunque perviven municipios muy pequeños de en torno a unos 150 habitantes.

Estas estructuras son el resultado de diversas reorganizaciones territoriales iniciadas en la década de los cincuenta:

- El caso de Suecia es el más llamativo: en 1950, el número de municipios ascendía a 2.498; en 1975 descendió hasta 278, para situarse, en 1994, en su cifra actual de 286.
- En Dinamarca, la denominada "municipalización del Estado de Bienestar" supuso una muy importante reducción del número de municipios que pasó de 1.390, existentes en 1950, a los 275 existentes en la actualidad. Esta cifra ha permanecido estable desde 1994.
- Noruega, por su parte, pasó de tener 744 municipios a tener los 435 existentes en la actualidad.
- La reorganización territorial finlandesa fue la más modesta de las cuatro, pasando de 549 municipios a 477.

Estos procesos de reorganización territorial obedecieron a dos razones principales: a la pérdida de fuerza de los municipios rurales derivada del éxodo hacia las ciudades y al interés del Estado en orientar la política local, con el fin de evitar desigualdades territoriales.

• **Ordenación territorial en el Reino Unido:**

En el Reino Unido, la situación es muy distinta:

- Sólo existe un nivel de administración local denominada "local authority". Si bien por tamaño y competencias, ha sido tradicionalmente más un equivalente de nuestro Territorio Histórico que de nuestro municipio, entre 1995 y 1998 se produjo una reorganización que supuso una mayor división del Territorio: en la actualidad, las local authorities cuentan, en general entre 100.000 y 150.000 habitantes, aunque existen algunas excepciones de unidades territoriales de población inferior a estas cifras.
- Existen diferentes tipos de local authorities: 34 condados, 49 autoridades metropolitanas y 46 autoridades unitarias (estas últimas son territorios desgajados de los antiguos condados). Todas ellas tienen las mismas competencias en materia de servicios sociales.
- Existe por otro lado, una segunda división territorial de carácter puramente organizativo: se trata los distritos sanitarios que dependen directamente del Departamento de Salud. Estos distritos no son entidades locales propiamente dichas.

sentativo de esta opción, con un territorio que se divide en dieciocho regiones sociosanitarias, a su vez subdivididas en 95 redes locales de servicios sociosanitarios y en 166 zonas básicas de actuación, también de naturaleza sociosanitaria. Otros países, como el Reino Unido, a pesar de no disponer, como Québec, de una organización integrada, también constatan la conveniencia de hacer coincidir los límites geográficos de planificación y organización de los servicios sociales y sanitarios, y orientan sus sucesivas remodelaciones administrativas y territoriales a una progresiva aproximación a este objetivo.

Las divisiones funcionales horizontales, por su parte, refuerzan estas divisiones verticales. En el ámbito de la administración central, las diferentes políticas públicas que pueden afectar a las personas con necesidades de cuidados de larga duración son también objeto de diferentes divisiones y compartimentaciones, no ya sólo porque recaen en diversos ministerios, sino porque dentro de cada ministerio recaen en diferentes departamentos y en diferentes direcciones dentro de cada departamento, y esta fragmentación y compartimentación también se observa en las administraciones de nivel regional, autonómico, provincial o local, observándose un efecto multiplicador de las parcelaciones.

Esta fragmentación estructural de los servicios origina, sin duda, importantes dificultades de cara a su efectiva coordinación y, por supuesto, de cara a una prestación integral e integrada del conjunto de servicios y prestaciones idóneos en cada caso.

- *Complejidad financiera.* Las diversas administraciones se enfrentan también a destacables dificultades relacionadas con la financiación:
 - . La primera, y esencial, es el diferente tratamiento de la participación económica de la persona usuaria en uno y otro sistema, que opone la gratuidad de la atención sanitaria a la no gratuidad de muchos servicios sociales.
 - . Una segunda dificultad viene dada por la diversidad de las formas de financiación de los servicios sanitarios y sociales. De hecho, algunos analistas defienden que la irracionalidad sistémica de las estructuras actuales deriva, en buena medida, de los mecanismos de financiación vigentes, ya se trate de modelos basados en el sistema impositivo, ya de modelos basados en el sistema de seguros sociales. En todos los casos, los recursos públicos disponibles se asignan por separado a los ámbitos sanitario y social, siendo habitualmente aquél el más beneficiado en el reparto; son, en cambio, limitadísimos los recursos destinados específicamente a la coordinación e integración de servicios de diferente naturaleza, lo cual constituye una dificultad mayúscula para la construcción de una atención bien articulada. La literatura científica parece unánime en este punto: es un error creer, sea cual sea el modelo de atención sociosanitaria por el que se opte, que la intensificación de la relación y la coordinación entre ambos sistemas puede conseguirse sin asignar a esta finalidad dotaciones económicas específicas.
 - . Por último, la necesidad de adoptar medidas que permitan obtener el mejor aprovechamiento y el uso más racional y eficaz de los fondos públicos ha llevado a muchas administraciones europeas a desarrollar sistemas de evaluación basados en indicadores de resultados. Esta vía, comprensible desde la óptica de la eficacia

administrativa, puede producir, no obstante, algunos efectos perversos. En efecto, es sabido que cuando la asignación de los presupuestos públicos y los niveles salariales del personal cualificado en las entidades que intervienen en la prestación de servicios, ya sean de salud, ya sean sociales, dependen de los resultados alcanzados, se produce un efecto incentivador para alcanzar la mejora de estos resultados y, en ese empeño, puede darse una tendencia a filtrar a la población usuaria –a seleccionar en base al riesgo–, es decir, a invisibilizar los casos que pudieran poner en peligro la obtención de los resultados deseados o a prestarles una atención que no responde adecuadamente a sus necesidades. En ese contexto, las personas mayores y, con carácter general, todas las personas que pudieran precisar de cuidados de larga duración, son particularmente vulnerables a este tipo de prácticas, en la medida en que son las más susceptibles de requerir la dedicación de importantes, variados y costosos recursos en su atención durante periodos de tiempo prolongados, sin resultados espectaculares; en otros términos, pueden “atascar” el sistema y determinar la obtención de unos resultados poco atractivos y poco apetecibles para las entidades que compiten en la obtención de los fondos públicos. A nivel de sistema, lógicamente, esta forma de actuar es irracional, porque perjudica a las personas que presentan mayor grado de necesidad de atención y apoyo, obstaculizando su acceso al conjunto integrado de servicios y prestaciones a los que les convendría acceder, pero, sin duda, para la entidad prestadora del servicio, puede ser una fórmula tentadora.

- *Conocimiento y competencia profesional.* En la fragmentación del sistema participan también factores asociados a la práctica profesional, dado que los principios, el lenguaje, los roles y responsabilidades profesionales, los enfoques clínicos y los métodos de prestación del servicio son muy diferentes en los dos sectores.

El conocimiento y la competencia profesional constituyen uno de los principales haberes de los actuales sistemas de salud y de servicios sociales, tanto que puede afirmarse que la configuración de ambos sistemas está fuertemente condicionada por las diferentes áreas de conocimiento y especialización profesional. Pero también eso puede originar dificultades de cara a la plena coordinación de los servicios, en particular, cuando los límites entre las áreas de especialización profesional coinciden plenamente con los límites organizativos y estructurales y, por lo tanto, los refuerzan.

En efecto, como apunta la literatura especializada, en el sector de los servicios de atención a las personas, tanto sanitarios como sociales, las diversas profesiones han desarrollado una posición de dominio basada en la monopolización de conocimientos y habilidades o competencias específicas y muy especializadas, y, en cierta medida, en la exclusión de otras profesiones que podrían poner en riesgo su control, favoreciendo la consolidación de límites estructurales que contribuyen al mantenimiento de su estatus profesional y de su protagonismo en el sector.

- Al margen de la fragmentación de los sistemas y de los factores que contribuyen a la misma, en el origen del desajuste entre las múltiples necesidades de las personas que requieren cuidados de larga duración y la estructura de los sistemas se encuentra también la todavía presente tendencia del sistema sanitario a preservar una orientación preferente hacia la atención de las patologías en su fase aguda, relegando a un segundo

plano una realidad social en la que cada vez adquiere más peso el envejecimiento de la población, la enfermedad crónica, y la discapacidad, y en la que la habilidad para responder de forma integral a esas contingencias debería constituirse en un indicador clave de calidad de la atención y de idoneidad del sistema de cuidados.

2.1.2. La naturaleza cambiante de la frontera entre lo sanitario y lo social

Las estructuras institucionales, financieras y profesionales, aludidas en el apartado anterior, que se encuentran en el origen de la división o, más acertadamente, de las múltiples divisiones entre lo social y lo sanitario, reposan sobre unos patrones culturales que se generan y consolidan tanto con respecto al significado de diferentes contingencias necesitadas de atención como en relación con las personas o colectivos que las padecen y con las profesiones que las atienden. Las permanentes y mutuas influencias entre el fundamento cultural y las estructuras financieras y administrativas determinan que la frontera entre ambos sectores no permanezca fija e inmutable, observándose, históricamente, variaciones notables tanto en su ámbito material como en su ámbito subjetivo.

Un ejemplo significativo

Una clara ilustración de estas variaciones es la prestación de atención personal en el ámbito comunitario. Hasta los años 80, la ayuda domiciliaria para cuidados personales –como bañar, asear o acompañar al WC– se prestaba, en la mayoría de los países del centro y del norte de Europa, desde los servicios de enfermería domiciliaria (en la época de postguerra, constituía, sin duda, uno de los elementos esenciales del trabajo de enfermería en el ámbito comunitario). Progresivamente, sin embargo, estas funciones fueron transfiriéndose a los servicios sociales.

El caso del Reino Unido es un ejemplo de este proceso: allí florecieron en aquella época tensos debates entre profesionales y responsables de los servicios comunitarios de enfermería domiciliaria y responsables de la asistencia domiciliaria –que, hasta la fecha, se había centrado en las tareas de carácter doméstico–, llegándose, desde el ámbito de la enfermería, a establecer la diferencia entre un “baño sanitario”, que recaería en su ámbito de actuación, y un “baño social” que quedaría al margen del mismo. Para la década de los 90, estas discusiones habían cesado y, a partir de entonces, el baño a domicilio, excepto cuando se integrara muy claramente en un tratamiento médico, se consideraría una función de los servicios sociales de asistencia domiciliaria.

Ese progresivo trasvase de la atención personal desde el ámbito sanitario al de los servicios sociales conllevó importantes cambios relacionados con la gestión, la financiación y la dotación de recursos humanos de ese servicio y determinó un cambio notable en los contenidos de la asistencia domiciliaria. En efecto, consecuencia directa de este cambio en la delimitación sectorial, las tareas puramente domésticas que inicialmente constituyeron el núcleo de los servicios de asistencia domiciliaria pasaron, en muchos países europeos, a un segundo plano, y empezaron a concebirse cada vez más y únicamente como elemento complementario de las tareas de cuidados personales, conduciendo así a la consolidación del trabajo domiciliario en torno a las funciones más pesadas.

Son varios los factores que suelen determinar los cambios en la delimitación entre ambos sectores:

- Sin duda, uno de los elementos clave suele ser el factor económico: el deseo de las administraciones públicas de trasladar costes desde un ámbito de acceso universal

y gratuito como el sanitario, a otro, en el que la prestación de los servicios cuenta con la participación económica de la persona usuaria.

- Un segundo elemento determinante suele ser la tendencia del sector sanitario a replegarse sobre sus funciones de atención a las patologías agudas, que, como ya se ha indicado, tradicionalmente han constituido su núcleo básico y esencial.
- Por último, la naturaleza variable y cambiante de la frontera entre lo social y lo sanitario debe entenderse en un contexto histórico que se ha caracterizado por la falta de coherencia en las políticas públicas de atención a las personas que requieren cuidados de larga duración, en particular a las personas muy mayores, vulnerables y dependientes. Sin duda, entre los años 50 y la década de los 90, sus necesidades específicas se han abordado de forma creciente y se han afianzado las políticas generales de atención comunitaria, pero lo cierto es que no se les ha dado un tratamiento riguroso por temor a las consecuencias económicas implícitas en las fórmulas de atención requeridas. Por lo general, las administraciones públicas se han limitado a financiar, habitualmente en número insuficiente, camas de larga estancia para personas con enfermedades crónicas, en los hospitales, y para personas mayores en las residencias asistidas, y a promover tímidamente la coordinación y la cooperación entre ambos sectores, pero sin arbitrar nuevos recursos al efecto, lo que ha determinado que tanto los servicios sociales como los de salud hayan procurado restringir sus intervenciones con este colectivo intermedio.

La última década, testigo de lo que algunos han denominado “envejecimiento del envejecimiento”, es la que ha forzado a poner el problema sobre la mesa y a tratar de articular soluciones, prestaciones y servicios de carácter intermedio, es decir de naturaleza mixta, que implican la coordinación y la colaboración de lo sanitario y de lo social, para dar respuesta a las necesidades de los grupos de población cuyas necesidades se sitúan en la frontera entre ambos mundos.

2.1.3. La asimetría de la relación entre lo sanitario y lo social

Las modificaciones observadas en la delimitación de los ámbitos sanitario y social referidas en el apartado anterior se han visto fuertemente determinadas por la asimetría de la relación entre ambos sectores. Aunque se representen como dos bloques independientes, dotados cada uno de su propia estructura institucional, financiera y cultural, lo cierto es que se desenvuelven en el marco de una relación extremadamente desigual en la que uno representa lo determinado, y el otro, lo indefinido, lo ambiguo y lo residual. Esta desigualdad explica, en buena medida, la diferencia entre ambos sistemas de financiación y la diferencia en la naturaleza del derecho sobre el que cada uno de ellos reposa y explica también que las políticas sociales públicas se hayan caracterizado por su falta de sistematización y articulación.

En un momento como el actual en el que la mayoría de los países occidentales tratan de encontrar soluciones que, en mayor o menor medida, requieren la coordinación de las políticas y de los recursos de ambos sectores, la asimetría de la relación se hace patente, pero este nuevo contexto en el que la respuesta a las necesidades sólo puede

ser común, fruto de la colaboración, representa una ocasión real de afianzamiento y consolidación de los sistemas de servicios sociales. Así lo apuntan, por un lado, la creciente sistematización teórica y académica de las disciplinas que confluyen en los servicios sociales y, por otro, las numerosas iniciativas de regulación de la atención a la dependencia y el reconocimiento del derecho a los servicios sociales, que constituyen un paso determinante hacia la construcción de una relación más equilibrada.

2.2. LA CONSTRUCCIÓN DEL MARCO CONCEPTUAL: DIVERSIDAD Y COMPLEMENTARIEDAD EN LAS PERSPECTIVAS DE ANÁLISIS

A pesar del protagonismo adquirido en los últimos años por la atención sociosanitaria y de la profusión de textos e iniciativas, tanto de nivel internacional, como de nivel estatal, regional o local en los más diversos países occidentales, no puede decirse que, hasta el presente, se haya conseguido definir un marco conceptual y teórico que dé cobertura a esa forma de atención y a sus diversos modelos; si bien, existen, es cierto, diversas propuestas que constituyen avances importantes en su estructuración.

A continuación, se presentan los enfoques más destacables que ofrecen, desde la construcción teórica, una visión compleja, rica y ajustada a las diferentes realidades.

2.2.1. *El nivel de intensidad en la colaboración como criterio diferenciador*

Uno de los primeros estudios teóricos sobre esta materia, que todavía hoy constituye el marco fundamental de referencia, fue el desarrollado por Leutz, quien basaba su análisis de las relaciones entre los diferentes ámbitos de intervención pública atendiendo al grado de intensidad alcanzado en la colaboración. Si bien extendía su modelo al conjunto de relaciones que pueden establecerse no sólo entre el sistema sanitario en sus diferentes niveles de atención (primaria, especializada y hospitalaria) y el sistema de servicios sociales (tanto comunitarios como especializados), sino también entre aquéllos y otros ámbitos de actuación –como la vivienda, la educación o la inclusión laboral–, el núcleo central de sus reflexiones estaba constituido por los dos primeros.

Su propuesta incluía ya los elementos básicos que, con posterioridad, han retomado, total o parcialmente, muchos enfoques teóricos: grados de intensidad, niveles de actuación, y estrategias e instrumentos de organización.

- *Grados de intensidad.* Partiendo de considerar que el objetivo final de la coordinación entre servicios es mejorar los resultados alcanzados, tanto a nivel clínico –mejora en el estado de salud y en el nivel de bienestar–, como en el grado de satisfacción de las personas atendidas y en los niveles de eficiencia en la prestación de la atención, este enfoque distingue tres grados de intensidad en la relación entre lo social y lo sanitario:
 - *Vinculación.* En las fórmulas de vinculación, las entidades públicas competentes para la prestación de servicios sanitarios y de servicios sociales y las entidades

públicas o privadas que intervienen en la prestación efectiva de los servicios tratan, en la medida de sus posibilidades, de trabajar de forma coordinada, arbitrando soluciones *ad hoc* en el contexto de las fórmulas preexistentes de financiación y prestación de servicios, es decir, dentro de los límites competenciales, estructurales y organizativos de cada uno de los dos sistemas. Este es el enfoque más continuista, en el que el trabajo conjunto se reduce al mínimo y se organiza con carácter puntual, en relación con casos o circunstancias concretas.

- *Coordinación*. En las fórmulas de coordinación, se adoptan estrategias de colaboración más estructuradas, tratando de minimizar, paliar o evitar algunas de las barreras u obstáculos organizativos y administrativos existentes, sin eliminarlos, y respetando el esquema competencial y organizativo preexistente y la separación entre los diferentes ámbitos de atención. La coordinación conlleva el desarrollo de estructuras formales y mecanismos permanentes para facilitar la colaboración y su continuidad.
- *Integración*. En las fórmulas de plena integración, existe una total imbricación de los ámbitos social y sanitario, en términos de competencias, organización de las redes de recursos, prestación de servicios y financiación. En su forma más pura, estas fórmulas se instrumentan a través de la creación de un sistema, de una configuración estructural única que combina las responsabilidades y los recursos necesarios para financiar, prestar y gestionar servicios sociales y sanitarios; con todo, existen modalidades menos ambiciosas en las que la plena integración se articula, no con referencia al conjunto del sistema, sino con referencia a un determinado servicio o a un conjunto de servicios destinados a un determinado colectivo.
- *Niveles de actuación*. Los diferentes grados de colaboración considerados pueden darse en uno o varios de los siguientes niveles de actuación: en el diseño de las políticas públicas de actuación –es decir, en el nivel estratégico–, en la financiación, en la gestión y organización del sistema de intervención, y en la prestación directa de la atención.
- *Estrategias e instrumentos*. La puesta en práctica de estas fórmulas de colaboración requiere el diseño y la articulación de diferentes estrategias e instrumentos de actuación, principalmente: integración competencial, descentralización competencial, planificación conjunta, cofinanciación, equipos interdisciplinarios, equipos multidisciplinares, ventanilla única, co-emplazamiento de servicios, itinerarios de atención integrada, enclaves, sistemas de información y comunicación, evaluación conjunta de necesidades, diseño conjunto de planes de atención individual y gestión de caso. Estas estrategias e instrumentos se detallan en el apartado 3.

La diferenciación de diversos grados de intensidad en los niveles de colaboración obedece, en el análisis de Leutz, a la consideración de que todos los grados de intensidad son compatibles dentro de un mismo modelo de atención: en otros términos, no es necesario, a la hora de diseñar y planificar los sistemas de salud y de servicios sociales, optar por uno de esos grados de intensidad, sino que conviene combinarlos en función de las necesidades observadas, siendo perfectamente posible y deseable que determinados servicios alcancen para determinados colectivos o para la cobertura de determinadas

necesidades el máximo grado de coordinación, a saber el de la plena integración, y que otros, en cambio, establezcan un modelo de relación menos intenso.

Desde esta óptica, lo esencial es, entonces, determinar qué grados de coordinación son los más idóneos en cada supuesto, atendiendo a la naturaleza de las necesidades de las personas y a las características de los servicios. Al efecto, conviene:

- En primer lugar, dimensionar las necesidades de la persona atendiendo a diversos indicadores básicos:
 - el grado de estabilidad;
 - el nivel de gravedad;
 - la dimensión temporal de la atención requerida: cuidados de corta, media o larga duración, cuidados paliativos;
 - el grado de urgencia: intervención inmediata, a corto, medio o largo plazo;
 - el nivel de complejidad del paquete de servicios y prestaciones necesarios para responder a las necesidades;
 - la capacidad de la persona atendida para adoptar sus propias decisiones.

Desde esta óptica, en un extremo, los colectivos de personas cuya autonomía funcional y mental sufre limitaciones y cuyo estado se caracteriza por la severidad, la inestabilidad y la larga duración de los cuidados que precisan, así como por la necesidad de frecuentes intervenciones urgentes (tanto desde el ámbito sanitario como desde los servicios sociales), son los más susceptibles de beneficiarse de un sistema de máxima coordinación, es decir de integración, si no en su forma más pura de integración competencial, en los diferentes niveles de actuación, sí en relación con la organización y prestación de determinados servicios.

En el extremo opuesto, en cambio, quienes no presentan esas características o las presentan en un grado muy limitado, no requieren un grado tan avanzado de colaboración, bastando o incluso resultando más eficaz y conveniente un grado más moderado o ligero de conexión, es decir, fórmulas de coordinación o incluso de vinculación.

- En segundo lugar, deben contemplarse los diversos ámbitos operativos en los que la relación entre los servicios puede estructurarse:
 - identificación o detección de personas en situación de necesidad;
 - diseño de itinerarios de atención adaptados a determinados tipos de necesidades;
 - protocolos de traslado entre diferentes ámbitos de atención;
 - sistemas de recogida y gestión de la información;
 - gestión de caso;
 - gestión de las prestaciones económicas.

Partiendo de esos elementos, se trata de ver cómo se relacionan el sistema sanitario y los servicios sociales, en cada uno de los grados de coordinación identificados –vinculación, coordinación e integración– y en cada uno de los ámbitos operativos señalados:

- En términos generales, puede decirse que las fórmulas de **vinculación** hacen posible que las personas con bajos niveles de necesidad sean atendidas en el marco de los sistemas dirigidos al conjunto de la población sin tener que recurrir a sistemas específicamente orientados a su atención. En este contexto, las y los profesionales de los servicios de salud y de los servicios sociales deben contar con conocimientos suficientes

para detectar, en las personas a las que atienden, necesidades propias del otro ámbito de intervención, de ofrecerles una información o un asesoramiento básico y, en su caso, de orientarles hacia el servicio más idóneo para responder a dichas necesidades.

- El grado intermedio de relación, el de **coordinación**, conlleva la existencia de estructuras y de profesionales expresamente encargados de coordinar la atención, es decir, el acceso a los servicios y a las prestaciones, correspondientes a diferentes ámbitos de la atención, de forma transversal¹⁵. Como ya se ha indicado, si bien es una fórmula de relación mucho más estructurada que la anterior, todavía opera, como aquella, desde las respectivas estructuras de los sistemas de atención existentes: trata de coordinar la utilización de los diferentes servicios y las prestaciones económicas asociadas a cada uno de los sistemas de atención; permite compartir e intercambiar información pero manteniendo en cada sector su propio sistema de datos; permite gestionar el traslado entre servicios; permite determinar en cuál de los dos sectores recae la responsabilidad de coordinar la atención atendiendo a la naturaleza y características del caso concreto. En términos generales, puede decirse que en las fórmulas de coordinación se identifican puntos de fricción, solapamiento o discontinuidad entre los sistemas y se establecen estructuras y procesos capaces de paliar dichas disfunciones, sin eliminarlas.
- El tercer nivel de relación, el de la plena **integración** conlleva, a diferencia de los anteriores, la implementación de nuevos programas y la creación de unidades de atención en los que convergen recursos procedentes de ambos sistemas. En su marco, no se trata ya de coordinar los servicios y las prestaciones propias de cada uno de ellos, sino de que el programa o el servicio plenamente integrado gestione por sí mismo los recursos con los que cuenta y tenga autonomía para definir nuevas prestaciones y servicios que permanecerán bajo su única dirección y control.

El máximo grado de intensidad en la relación, el de integración, es más fácilmente alcanzable entre las organizaciones cuando se dan las siguientes circunstancias:

- presentan objetivos comunes y un compromiso a largo plazo, basado en el respeto y confianza mutuos;
- consideran la colaboración como un elemento central y básico del sistema y la asocian tanto al nivel estratégico como al nivel operativo;
- establecen fórmulas conjuntas de concertación y contratación;
- cuentan con un sistema común de información, en lugar de disponer de sistemas propios y de compartirlos mediante fórmulas de acceso o intercambio, como ocurre en el modelo de coordinación.

Estas fórmulas de plena integración se estructuran, habitualmente, en torno a seis elementos centrales:

- suelen orientarse a la atención de un grupo o colectivo específico (típicamente, las personas mayores que requieren cuidados de larga duración);

¹⁵ La coordinación puede ser vertical, cuando pone en relación los diferentes niveles administrativos u organizativos de un mismo sector, y horizontal o transversal cuando pone en relación los servicios de diferentes sistemas de un mismo nivel administrativo u organizativo. En el marco de la atención sociosanitaria, el énfasis se pone, lógicamente, en la coordinación horizontal, si bien su eficacia queda condicionada a la existencia de un buen nivel de coordinación en el seno de cada uno de los sectores, es decir, a la existencia de coordinación vertical.

- se aplican en un área geográfica determinada;
- se asigna, a una única entidad, la responsabilidad sobre el diseño e implementación de un paquete de cuidados sociales y sanitarios;
- se organiza la prestación de la atención a través de una red de servicios;
- se aplican fórmulas de gestión de caso y de trabajo interdisciplinar, así como otras técnicas de microgestión orientadas a garantizar la prestación de una atención coordinada, continuada y personalizada;
- la financiación procede de diferentes fuentes que se articulan en un fondo o presupuesto común destinado a dar cobertura al conjunto de los cuidados prestados, tanto sociales como sanitarios.

Concebidos para eliminar muchos de los obstáculos financieros, administrativos, institucionales y de organización de la atención, los sistemas de “plena integración”, constituyen, en opinión de muchos analistas, la fórmula idónea para combinar la aplicación de servicios sociales y sanitarios destinados a las personas que requieren cuidados de larga duración. Otros, en cambio, se muestran escépticos sobre las ventajas reales –no teóricas–, que pudieran derivarse de una fórmula de integración, tanto para el sistema como para las personas usuarias.

Principales ventajas de la plena integración

- Presenta mayores virtualidades para la articulación de paquetes de servicios de diferente naturaleza en el contexto de la atención comunitaria, respondiendo así mejor a las nuevas demandas sociales.
- Favorece la permanencia en la comunidad, articulando los medios necesarios para evitar la hospitalización o la residencialización, y favoreciendo el retorno al contexto comunitario tras una estancia hospitalaria.
- Ofrece mayores posibilidades de desarrollar un enfoque interdisciplinar, lo que, sin duda, enriquece la práctica profesional.
- Facilita el acceso a los servicios de los grupos de población más vulnerables que presentan importantes dificultades para acceder a la atención, debido, en buena medida, a su aislamiento social.
- Favorece un aprovechamiento más racional de los recursos, y mayores niveles de eficiencia y eficacia en su utilización.
- Favorece la continuidad de la atención.
- Favorece la detección de disfunciones en los diferentes niveles y ámbitos de la atención, que cada ámbito, desde dentro, difícilmente observaría.

Principales inconvenientes o riesgos de la plena integración

- El primero se relaciona con la asimetría de la relación entre lo sanitario y lo social y, en síntesis, alude a la marcada dificultad para evitar que la atención sanitaria, en particular la hospitalaria, se imponga, en los modelos de integración, a las necesidades de carácter social.
- El segundo grupo de inconvenientes está relacionado con la financiación:
 - por un lado, y también en el contexto de la asimetría de la relación, la convergencia de fondos económicos procedentes de diferentes fuentes de financiación podría distorsionar la prestación de los cuidados de larga duración, en la medida en que la atención sanitaria podría absorber o acaparar la parte sustancial de la financiación;
 - por otro, puede resultar muy difícil, si no imposible, desarrollar un mecanismo de financiación capaz de cumplir dos funciones aparentemente contradictorias: financiar adecuadamente los servicios continuados y personalizados propios de la atención de larga duración, y, simultáneamente, incentivar una gestión acorde con el principio de coste/eficacia propia de los sistemas de financiación aplicados a la atención de necesidades sanitarias agudas y complejas.
- Un tercer inconveniente viene dado por la dificultad práctica de su aplicación: con demasiada frecuencia se comete el error de pensar que de la integración en el nivel estratégico –la existencia de un plan, de estructuras ad hoc y de financiación– se deriva automáticamente la integración en el nivel micro, y no es así.
- Por último, es frecuente considerar que las fórmulas de plena integración no harán más que incrementar las dificultades de coordinación, en la medida en que, de algún modo, conllevan la aparición de un nuevo ámbito de intervención.

Las siguientes tablas sintetizan, por un lado, las características de las diferentes alternativas en los principales ámbitos operativos y, por otro, las características de las personas usuarias más susceptibles de ser atendidas en uno u otro modelo.

Niveles de coordinación

Ámbitos operativos	Vinculación	Coordinación	Integración
<i>Gestión de caso</i>	–	Gestores de caso en cada uno de los dos sectores y profesionales de enlace	Equipos interdisciplinarios responsables de la gestión de casos encargados de articular el paquete de cuidados en su totalidad
<i>Traslados/ prestación de servicios</i>	Derivación y seguimiento	Traslados fluidos entre diferentes contextos asistenciales	Prestación directa/ contratación/ concertación del conjunto de servicios articulados en un paquete integral de cuidados
<i>Información</i>	A demanda	Intercambio continuado de información mediante el establecimiento de canales formales de relación	Utilización de sistemas comunes de información
<i>Financiación</i>	Financiación de cada servicio por el sector en el que se integra	Co-financiación por módulos	Presupuestos conjuntos para la financiación del conjunto de servicios

Niveles de coordinación

Ámbitos operativos	Vinculación	Coordinación	Integración
<i>Prestaciones económicas</i>	Acceso a las prestaciones económicas y utilización de las mismas de conformidad con lo previsto en la normativa específica reguladora de cada una de ellas	Coordinación de las prestaciones económicas de diferente naturaleza al objeto de maximizar su eficiencia	Combinación de las prestaciones económicas en un presupuesto conjunto destinado a la cobertura de las diversas necesidades, sean sociales o sanitarias

Dimensionamiento de las necesidades

Características de las necesidades	Vinculación	Coordinación	Integración
<i>Severidad</i>	Ligera - moderada	Moderada - Severa	Moderada - Severa
<i>Estabilidad</i>	Estable	Estable	Inestable
<i>Duración</i>	Corto-Largo plazo	Corto - Largo plazo	Largo plazo - Terminal
<i>Urgencia</i>	No urgente	Urgencias infrecuentes	Urgencias frecuentes
<i>Gama de servicios</i>	Limitada - Media	Media - Amplia	Amplia

Fte.: Adaptado de Leutz (1999) y de H. Nies: "Integrated Care: Concepts and Background" en "Integrating Services for Older People: A resource book for managers".

2.2.2. Los niveles de la colaboración

Un segundo enfoque teórico, sostenido, desde una perspectiva más puramente organizativa, por Shortell, Gillies, Anderson y Mitchel, y también, siguiendo a aquéllos, por Delnoij, Klazinga y Glasgow-, centra sus propuestas de análisis en los niveles de coordinación horizontal y diferencia:

- Coordinación funcional, que abarca, fundamentalmente, la coordinación en el nivel estratégico: diseño de políticas, elaboración de normativa y diseño de sistemas de financiación.
- Coordinación organizativa, que se centra en la coordinación o colaboración entre instituciones para el diseño de sus estrategias de prestación de servicios y de contratación y concertación.
- Coordinación profesional, consistente, principalmente, en el diseño de estrategias de prestación de la atención no ya entre organizaciones sino entre profesionales.

- Coordinación clínica, que se centra en las medidas orientadas a dar continuidad y coherencia a la atención prestada a la persona usuaria.

Algunos teóricos, en particular, Reed, Cook, Childs y McCormack, situándose en esta misma línea de análisis, sintetizan la clasificación anterior en tres niveles, que han pasado a constituir uno de los principales referentes de la construcción teórica:

- El nivel macro, que abarca las fórmulas de coordinación que se dan en relación con el diseño de las políticas públicas de atención, con su regulación normativa, con la planificación de las redes de servicios, a nivel estatal, regional, o local, y con la financiación.
- El nivel meso, que abarca fórmulas de coordinación en el ámbito de la gestión operativa de unidades o servicios de atención, es decir, en las formas de organización de la prestación de los servicios.
- El nivel micro, que se refiere a la coordinación de la atención prestada a la persona.

Desde esta perspectiva, determinados factores estructurales, presiones y restricciones propias de los dos niveles superiores pueden tener un muy considerable impacto en el nivel micro, es decir, el de los servicios a los que finalmente accede la persona usuaria, condicionando fuertemente su grado de coordinación.

2.2.3. ***Un continuo de estrategias orientado hacia la integración***

Relacionando en cierta medida los dos enfoques anteriores, es decir la distinción entre grados de intensidad y la diferenciación de diversos planos o niveles de colaboración, Kodner y Spreeuwenberg elaboran una propuesta en la que, tomando como objetivo máximo la prestación de una atención integrada –es decir, el grado de colaboración más intenso en la formulación de Leutz– consideran que su consecución pasa, en la práctica, por la puesta en marcha de un continuo de estrategias, instrumentos y métodos, susceptibles de garantizar mejoras significativas en la atención, tanto en términos de mejora del estado de salud y bienestar de la persona, como en términos de eficiencia. En su propuesta, los clasifican en cinco ámbitos operativos:

Ámbitos operativos de la coordinación y de la integración

Nivel de financiación

En gran medida, las estructuras organizativas y las metodologías de trabajo están condicionadas por la financiación, de modo que si se opta por fórmulas de financiación muy compartimentadas e inflexibles –que dificultan el flujo de recursos entre los servicios de salud y los servicios sociales–, también resulta más difícil alcanzar un grado elevado de coordinación en los demás niveles o ámbitos operativos de actuación.

Desde esta perspectiva, las fórmulas de financiación más específicamente adaptadas a la coordinación serían las siguientes:

- La convergencia en un único fondo o presupuesto de recursos procedentes de diferentes fuentes de financiación (“*pooled budgets*”), destinados a dar cobertura económica, indistintamente, a servicios sanitarios y a servicios sociales.
- La financiación capitativa (“*prepaid capitation*”).

Ámbitos operativos de la coordinación y de la integración

Nivel de estructura administrativa

Determinadas formas de estructuración y de implementación de las competencias normativas y de las funciones administrativas pueden contribuir a disminuir la complejidad de determinados programas, a simplificar los procedimientos de acceso y a garantizar una gestión más eficaz del conjunto de los recursos del sistema.

Entre ellas, destacan:

- La integración competencial.
- La descentralización de funciones clave en el acceso a los servicios.
- La planificación conjunta intersectorial.
- La concertación y/o contratación conjunta de servicios.

Nivel organizativo

Existen diferentes fórmulas organizativas que pueden contribuir a una mejor coordinación de los servicios, favoreciendo los niveles de eficiencia y aumentando la capacidad del sistema para garantizar la continuidad de la atención.

Destacan las siguientes fórmulas:

- El co-emplazamiento de servicios.
- Los acuerdos intersectoriales para la gestión de los traslados.
- La planificación conjunta interinstitucional o interservicio.
- Los presupuestos conjuntos.
- La gestión conjunta de programas o servicios.
- Las redes de atención.

Nivel de prestación de servicios

La forma en que se prestan y gestionan los servicios –cómo se forma al personal, cómo desarrollan sus funciones y asumen sus responsabilidades, cómo trabajan en equipo, cómo se relacionan con las personas usuarias y con sus familiares y cómo enfocan sus necesidades y responden a ellas– tienen un fuerte impacto en determinadas variables esenciales de la atención sociosanitaria: el acceso a los servicios, la flexibilidad y la continuidad de la atención, el grado de satisfacción de la persona usuaria, la calidad de la atención y el coste.

En este ámbito operativo, las principales estrategias serían:

- La ventanilla única de acceso.
- Los itinerarios integrados de atención.
- La gestión de caso.
- Los equipos multidisciplinares.
- Los equipos interdisciplinares.
- Los sistemas integrados de información.
- La formación conjunta o compartida.

Nivel clínico

En el nivel clínico resultan esenciales para garantizar la prestación de una atención bien articulada las siguientes estrategias e instrumentos:

- Los criterios e instrumentos estandarizados de diagnóstico.
- Los procedimientos comunes de valoración integral.
- La planificación individual conjunta.
- Los registros y expedientes comunes y/o compartidos.
- El seguimiento continuado.
- Los instrumentos comunes de apoyo a la toma de decisiones (guías de buena práctica y protocolos).

En el marco de este enfoque, pueden darse diversos grados de intensidad en la colaboración entre servicios sanitarios y sociales, y el tipo y la combinación de estrategias utilizada se determinan en función de las características de los diferentes colectivos atendidos y de la mayor o menor complejidad de sus necesidades. Así, las personas cuyo estado es de mayor severidad e inestabilidad, como es el caso, por ejemplo, de las personas con graves discapacidades o con gran dependencia, y que requieren atención continuada e intensiva de tipo sanitario y social durante largos periodos de tiempo, demandarán una solución caracterizada por su complejidad, que exigirá la puesta en práctica de un gran número de estrategias de coordinación entre los diferentes niveles.

Esta interpretación aboga, como la formulación originaria de Leutz, por la estructuración de los diferentes niveles de relación en función de las necesidades de la persona. Es, pues, un enfoque centrado en la persona y, en su marco, serán las necesidades de ésta las que determinarán en qué niveles operativos deberá procederse al establecimiento de una relación de coordinación o incluso de integración, con respecto a qué tipos de servicios y mediante la utilización de qué instrumentos. Esta formulación se basa así en una visión que partiendo del nivel micro, determina lo que puede ocurrir en los niveles meso y macro, es decir en los niveles de la organización de servicios y en los niveles estratégicos, por oposición a una visión, más habitual en nuestro entorno –y propia del segundo enfoque presentado–, que construye las relaciones de coordinación desde arriba, desde el nivel macro o estratégico para que, progresivamente, de las actuaciones estructuradas en ese nivel se deriven las actuaciones que deben desarrollarse en niveles inferiores.

2.2.4. **La perspectiva conceptual en el contexto de la CAPV**

En nuestro ámbito más cercano, el discurso teórico se ha estructurado, fundamentalmente, en respuesta a las necesidades de planificación y toma de decisiones, de tal suerte que tiene una marcada orientación práctica. Desde esta óptica, tiende a diferenciar únicamente dos modelos básicos de organización: el de coordinación sociosanitaria y el de la creación de una red de atención sociosanitaria diferenciada de las dos redes de origen. El Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España y el propio Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco (2005-2008), publicados ambos en el año 2005 por los gobiernos estatal y autonómico respectivamente, parten de ese planteamiento y lo hacen en los siguientes términos:

- Siguiendo la formulación del Libro Blanco, la coordinación sociosanitaria se define como un *“conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia”*. Se basa así en la existencia de dos sistemas, el social y el sanitario, que deben actuar de forma conjunta y complementaria, para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea, existiendo un fuerte solapamiento entre ambos desde una concepción integral de la persona.

En su marco, según indica el Plan vigente en la CAPV, los diferentes dispositivos deben adscribirse a uno de los dos sistemas sobre la base del respeto a las competencias de cada una de las redes y de la necesaria integración funcional entre ellas para obtener las mayores sinergias de su actuación simultánea, coordinada y constante.

- La Red de Atención Sociosanitaria, en cambio, se entiende como un conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención sociosanitaria de determinados grupos de personas, siendo su objetivo la creación de un nuevo espacio de atención –una tercera red–, del que forman parte algunos de los recursos del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales, así como nuevos servicios específicos para la atención sociosanitaria.

Tanto a nivel estatal como autonómico se opta por la primera fórmula, la de coordinación. Se trata en ambos casos de un planteamiento muy explícito, que, en su literalidad, llevaría prácticamente a concluir la incompatibilidad, el carácter excluyente, de esa fórmula con cualquier otra, en contraposición con propuestas más abiertas y flexibles, como las ya señaladas de Leutz o Kodner. Una interpretación menos estricta, más laxa y acorde con la realidad, permitiría referirla únicamente al nivel estratégico de actuación, lo que, si bien conllevaría un rechazo de la integración competencial y estructural, sí admitiría diferentes intensidades de relación –vinculación, coordinación o integración– en los niveles meso y micro, es decir, en los niveles de organización y de prestación de servicios.

2.3. FACTORES FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Sea cual sea el modelo preferente adoptado y sea cual sea la combinación de estrategias e instrumentos utilizados para intensificar la relación y la actuación articulada de los servicios de salud y de los servicios sociales, conviene tener presente que existe determinados factores que facilitan o que, por el contrario, obstaculizan la puesta en práctica de la coordinación.

2.3.1. Factores facilitadores de la coordinación de servicios

Factores organizativos

Establecimiento de metas y objetivos

Atendiendo a los resultados de las evaluaciones recogidas en la literatura especializada, un factor determinante del éxito de la coordinación es que la misma se diseñe y organice con objetivos claros, que entiendan y acepten todas las organizaciones públicas y privadas y todas las personas profesionales que intervienen en su aplicación. Resulta esencial, además, que los objetivos marcados sean realistas y resulten, por lo tanto, alcanzables, siendo incluso recomendable establecer algunos objetivos, modestos, de fácil consecución, que sirvan de incentivo a proseguir con los esfuerzos de coordinación.

Factores organizativos

Delimitación de roles y responsabilidades

Es fundamental definir y asignar con claridad las diferentes funciones y responsabilidades porque facilita la identificación y la prevención de solapamientos, de déficit y de desajustes y desfases temporales en la prestación de la atención. Esa definición hace posible que cada profesional sepa lo que le corresponde hacer y, en consecuencia, lo que el resto de las y los profesionales esperan que haga. Resulta de vital importancia en los modelos de enclave, en cuyo marco la persona profesional actúa como enlace entre diferentes ámbitos de intervención, pero también es fundamental en el marco de programas conjuntos de actuación en los que se conforman equipos interdisciplinarios.

La forma más habitual y eficaz de proceder a esta definición de funciones y a una clara asignación de responsabilidades es, lógicamente, formalizar los procedimientos mediante protocolos y guías de actuación que deberán ser objeto de revisión periódica a medida que el servicio se consolida y evoluciona, con el fin de adaptar continuamente su contenido a las necesidades emergentes.

Apoyo y compromiso institucional

Las iniciativas de coordinación tienen mayores probabilidades de éxito, cuando derivan de un fuerte compromiso institucional y del compromiso de las y los profesionales que actúan sobre el terreno, debiendo arbitrarse estrategias que garanticen la conjunción de ambos. Por ejemplo, suele resultar adecuado implicar a las y los profesionales en la elaboración de las directrices y pautas de actuación del servicio, en la medida en que dicha participación activa contribuye a crear o a reforzar un sentimiento de pertenencia al proyecto.

Comunicación

Una comunicación eficaz es la base indispensable de la coordinación, ya sea mediante cauces formales, ya sea por vías menos estructuradas. Conviene que la comunicación sea muy frecuente, casi permanente, porque contribuye a que las y los profesionales de los diferentes ámbitos de actuación conozcan y compartan las dificultades a las que se enfrentan quienes trabajan en otro ámbito; la comprensión mutua de las dificultades contribuye a superar barreras de funcionamiento, pero también diferencias ancladas en la cultura profesional y en los prejuicios derivados de dichas diferencias, entre las diferentes instituciones o entre las diferentes organizaciones.

Por otra parte, el contacto personal frecuente, bien en el marco de reuniones, bien en el marco de consultas o solicitudes de asesoramiento profesional puntuales, no formalizadas, permiten mejorar el ajuste temporal de las intervenciones procediendo a tiempo a las derivaciones más adecuadas entre servicios.

Dirección

Las iniciativas de coordinación de servicios requieren de una dirección y gestión eficaz y, a tales efectos, resulta indispensable establecer, para quienes asumen la gestión y la dirección del proyecto, directrices claras que definan y delimiten sus responsabilidades, especialmente cuando en sus funciones confluyen la dirección técnica, la gestión de los recursos humanos y la gestión económica.

Apoyo técnico

Es esencial que las iniciativas de coordinación cuenten con la participación directa o, por lo menos, con el apoyo y asesoramiento de personas que constituyen un referente dentro de las organizaciones, por ejemplo, profesionales o técnicos que gocen de buena reputación o de cierto prestigio a nivel interno por su conocimiento, su experiencia y su rigor profesional. Su papel resulta clave, sobre todo en aquellos casos en los que un nuevo servicio y la inclusión de nuevas figuras profesionales pueden percibirse e interpretarse como una amenaza a figuras profesionales pre-existentes.

Factores organizativos

<i>Supervisión</i>	Es necesario contar con un buen dispositivo de supervisión profesional, es decir, de apoyo personal y técnico para el buen desarrollo de sus funciones. Resulta particularmente necesario cuando las personas profesionales asumen nuevas funciones y sobre todo, cuando los límites de su intervención profesional quedan sujetos a modificaciones.
<i>Recursos económicos y recursos humanos</i>	El éxito de un proyecto de coordinación está condicionado por la dotación de recursos humanos y materiales que se pongan a su servicio. Con demasiada frecuencia, se comete el error de pensar que basta con articular los medios existentes en cada uno de los ámbitos que intervienen en el proyecto, sin inversiones específicas complementarias, cuando lo cierto es que la coordinación y la colaboración activa y permanente requieren, por un lado, mayor inversión de tiempo, sobre todo en las etapas iniciales de implantación de una iniciativa o proyecto y, por otro, recursos materiales orientados al diseño de instrumentos comunes, al diseño de sistemas de información conjuntos o compartidos, al diseño e implementación de programas conjuntos de formación, u otras actividades indispensables para facilitar la coordinación.
<i>Consolidación de equipos</i>	La rotación excesiva de personal es nefasta en un ámbito compartido en el que cada profesional tiene que tener presente en sus intervenciones las necesidades, disponibilidades y dificultades de otros ámbitos de intervención. Es esencial garantizar los medios necesarios para que los equipos se consoliden.
<i>Experiencia previa en trabajo compartido</i>	La literatura especializada indica que las experiencias previas de trabajo compartido entre dos instituciones u organizaciones constituyen una buena base para lanzar, con mayores probabilidades de éxito, nuevos proyectos de esta naturaleza, en la medida en que muchas de las soluciones aportadas en fases previas a determinadas dificultades de colaboración y coordinación pueden orientar sobre las soluciones que requieren las dificultades que aparecen en el marco de las nuevas iniciativas.
<i>Evaluación</i>	Es necesario diseñar y aplicar sistemas de evaluación que, con carácter periódico o permanente, permitan conocer el funcionamiento y los resultados del proyecto, en particular en relación con los objetivos básicos de la coordinación sociosanitaria: el grado de consecución de la continuidad de la atención y el grado de eficiencia en la aplicación de recursos.

Factores culturales y profesionales

<i>Confianza y respeto</i>	Un elemento clave del éxito de cualquier iniciativa de coordinación sociosanitaria es la confianza y el respeto mutuo entre las organizaciones o entidades que colaboran y entre profesionales de los diferentes ámbitos implicados y de las diferentes disciplinas. Ambos elementos requieren que exista una buena comprensión del papel y de las funciones que desempeña cada una de las figuras profesionales y cada uno de los servicios y sectores implicados.
<i>Formación compartida</i>	Es indispensable articular módulos de formación conjunta, de carácter permanente, que otorguen un papel central a cuestiones directamente relacionadas con la coordinación y con el trabajo en equipo desde un enfoque interdisciplinar.

2.3.2. Factores obstaculizadores de la coordinación de servicios

Factores organizativos

Diferencias organizativas

Las diferencias organizativas básicas entre las organizaciones constituyen un freno a las iniciativas de coordinación de servicios: la diversidad de formularios a cumplir, la inexistencia de instrumentos comunes de valoración, la ausencia de sistemas comunes de derivación, los desajustes entre los sistemas de registro, la diversidad de sistemas y aplicaciones informáticas, con frecuencia incompatibles, no son más que los ejemplos más evidentes de las disfunciones.

Factores culturales y profesionales

Filosofías o ideologías profesionales divergentes

La coordinación puede verse muy considerablemente dificultada o incluso imposibilitada, tanto en el nivel estratégico de planificación y organización, como en el nivel operativo, por la divergencia entre las filosofías de la atención que subyacen a las diferentes áreas profesionales que intervienen, todas ellas, con cierta frecuencia, reacias a cualquier tipo de colaboración que se traduzca en lo que, con frecuencia, consideran una ingerencia en su ejercicio profesional.

Valoraciones negativas/ estereotipos profesionales

La existencia de estereotipos profesionales es uno de los elementos que mayor impacto negativo puede tener en la puesta en marcha y en el desarrollo de experiencias de coordinación. Por lo general, estas actitudes se basan en el desconocimiento de quienes intervienen respecto de las cualificaciones y competencias de otras profesiones, pero, independientemente de su origen, pueden generar fuertes sentimientos de desconfianza entre organizaciones y pueden llevar a muchos profesionales a alimentar cierto resentimiento, especialmente si se requiere de ellos que introduzcan, en sus prácticas habituales, modificaciones tendentes a ajustarse a lo que consideran un sistema ajeno.

Factores contextuales

Constantes remodelaciones

Las políticas y planificaciones a corto plazo que imperan en la actualidad y las constantes remodelaciones y reorganizaciones administrativas que derivan de ellas constituyen un elemento de inestabilidad que dificulta la puesta en marcha, el desarrollo y el afianzamiento de iniciativas y proyectos de coordinación, que, por su naturaleza, requieren tiempo para consolidarse y afianzar pautas de funcionamiento propias y sólidas.

Inseguridad financiera

La inseguridad económica también tiene, lógicamente, un impacto negativo, en la medida en que las restricciones presupuestarias limitan la voluntad de las diferentes instituciones para implicarse en nuevos proyectos de coordinación, pero también puede tener un impacto en los proyectos en curso, tanto en el nivel estratégico como en el nivel operativo, siendo frecuente, en ese contexto, que surjan problemas de desconfianza entre las diferentes organizaciones implicadas (típicamente, en relación con los criterios de imputación de gasto).

3. ESTRATEGIAS E INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN

Como se adelantaba en el apartado anterior, al tratar los enfoques conceptuales, la articulación de las relaciones entre los servicios de salud y los servicios sociales, orientada a la estructuración de un ámbito de atención sociosanitario, requiere el diseño y la implementación de estrategias organizativas e instrumentos formales, susceptibles de posibilitar y facilitar el acceso de la persona usuaria a un continuo de servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios adaptados, tanto en la articulación de sus contenidos como en la secuencia de la atención, a sus complejas necesidades.

A lo largo de la última década, los esfuerzos de coordinación, e incluso de integración, han permitido identificar toda una batería de innovaciones en este campo. En aras de la claridad expositiva, interesa presentarlas e ilustrarlas, ordenándolas en tres grandes grupos que vienen a coincidir con los niveles macro, meso y micro, a saber, estrategias e instrumentos de carácter estructural, estrategias e instrumentos asociados a la prestación de servicios y, finalmente, estrategias e instrumentos aplicados a la organización de la atención en el caso individual.

3.1. ESTRATEGIAS E INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN EN EL NIVEL ESTRUCTURAL O ESTRATÉGICO

En la literatura especializada y, en particular, en los estudios comparativos centrados en el análisis de los modelos de coordinación sociosanitaria, destacan, bajo diversas denominaciones y características, diferentes fórmulas de coordinación e integración estratégica que recaen en alguno de los siguientes grupos:

- *Integración competencial*

Constituye la forma más pura de integración, en el nivel estratégico, en la medida en que conlleva la unificación de las competencias en materia de sanidad y de servicios sociales, haciéndolas recaer en un mismo órgano administrativo de ámbito estatal o regional.

Irlanda del Norte: Unificación competencial

Irlanda del Norte se ha considerado como un modelo de integración sociosanitaria desde que, en 1974, optara por unificar las estructuras competentes en servicios de salud y servicios sociales en los diferentes niveles administrativos. Así en las tres últimas décadas, se ha configurado la siguiente estructura:

- a nivel regional, un Departamento de Salud, Servicios Sociales y Seguridad Pública;
- en cada una de las cuatro zonas en las que se divide el territorio existe un Consejo de Sanidad y Servicios Sociales que actúa como delegado de aquél para la planificación, la concertación y contratación y el seguimiento de los servicios sociales y sanitarios en el ámbito de su competencia;
- la organización de los servicios y su prestación recae en 18 trusts encargados de la organización de los servicios y su prestación: 7 se centran en la atención hospitalaria a patologías agudas, 6 ofrecen atención comunitaria y 5 atención sociosanitaria integrada.

Irlanda del Norte: Unificación competencial

En noviembre de 2005, se anunció una reforma del sistema, en curso en la actualidad, que pretende acometer una simplificación estructural del sistema:

- se mantiene un Departamento a nivel regional, únicamente con funciones centradas en el liderazgo estratégico y en la supervisión del funcionamiento del sistema;
 - los cuatro Consejos se sustituyen por un único órgano que asume las funciones de planificación, concertación y contratación;
 - finalmente, los 18 *trusts* se sustituyen por 5 *trusts*, todos ellos de atención sociosanitaria integrada.
-

Canadá: Unificación competencial en Québec

En 1971 la provincia canadiense de Québec se decantó, con la aprobación de su Ley sobre Servicios de Salud y Servicios Sociales, por la integración de ambos sectores, tanto en el nivel estratégico, con la planificación y regulación conjunta de las redes sanitaria y social, bajo la autoridad de un único ministerio, como en el nivel de la organización de servicios, con la integración del conjunto de servicios de atención comunitaria –servicios de prevención, servicios sanitarios de atención primaria y servicios sociales no especializados–, en los denominados Centros Locales de Servicios Comunitarios (*Centres Locaux de Services Communautaires*).

- *Descentralización y delegación competencial*

Con el fin de evitar el impacto negativo de la fragmentación y la compartimentación administrativa en la calidad de la atención, algunas administraciones han optado por concentrar, en relación con la atención a determinados colectivos con necesidades complejas de larga duración –en particular las personas mayores dependientes–, funciones clave como son la valoración de necesidades, la elaboración del plan individual de atención, el diseño de un paquete de servicios de naturaleza mixta y la coordinación de su aplicación, atribuyendo la responsabilidad sobre los mismos a una única administración. En esta fórmula, que puede articularse por vía de delegación y encomienda de gestión, se otorga especial valor a la proximidad a la población, de suerte que lo habitual es hacer recaer esas funciones en la administración local.

Suecia: Responsabilidad municipal para la prestación de servicios sociales y sanitarios a personas mayores

En Suecia, hasta 1992, año de la denominada Reforma Ädel, se produjeron importantes conflictos competenciales en materia sociosanitaria, en particular en relación con la atención a personas mayores que, debido a la inexistencia de soluciones alternativas de carácter social, permanecían hospitalizadas a pesar de que, desde el ámbito sanitario, se consideraba que su estado de salud permitía el alta hospitalaria.

Con objeto de poner fin a las permanentes discusiones entre las autoridades sanitarias (condado) y las autoridades competentes en servicios sociales (municipio), la Reforma Ädel asignó a los municipios la competencia sobre todos los servicios destinados a personas mayores, independientemente de su naturaleza social o sanitaria, incluidas las residencias asistidas y los servicios de enfermería a domicilio, atribuyéndoles asimismo la responsabilidad de financiar las camas hospitalarias de las personas que, desde un criterio sanitario, debían ser dadas de alta, financiación que se arbitraba mediante el pago de una tarifa por día suplementario de estancia hospitalaria. Las únicas competencias que no fueron objeto de traspaso fueron las competencias de atención primaria y hospitalaria, es decir, las competencias que podrían considerarse sanitarias en sentido estricto.

Suecia: Responsabilidad municipal para la prestación de servicios sociales y sanitarios a personas mayores

Con posterioridad, la transferencia de competencias del nivel provincial al nivel local se extendió a otros ámbitos de la atención, de tal modo que, en la actualidad, los municipios son competentes para la prestación de la práctica totalidad de los servicios sociales primarios y especializados y del conjunto de los servicios sociosanitarios.

Esta estrategia de integración ha tenido algunos efectos positivos:

- El problema de la sobreocupación de camas hospitalarias por pacientes que, desde una óptica sanitaria, estarían en situación de alta, ha disminuido muy considerablemente a lo largo de los últimos 15 años (en algunos condados, hasta en un 50%).
 - El servicio de atención domiciliaria ha mejorado notablemente en cobertura, en calidad y en la gama de servicios ofrecidos (en particular, incorporando cuidados de enfermería a domicilio, prestados por personal de enfermería traspasado de la administración sanitaria a la administración local).
-

Dinamarca: Responsabilidad municipal para la prestación de servicios sociales y sanitarios a personas mayores

Dinamarca ha asistido a un proceso muy similar al descrito para Suecia, de modo que las administraciones locales danesas asumen, en la actualidad, en el marco de sus competencias en servicios sociales, la planificación, organización, provisión y financiación del conjunto de la atención social y sociosanitaria a las personas mayores, sea cual sea el contexto en el que se presta –domicilio, centros de día, residencias asistidas y otras fórmulas residenciales o de alojamiento–.

- *Planificación conjunta intersectorial*

Una tercera vía para alcanzar la coordinación en el nivel estratégico es proceder a la elaboración de planes de actuación conjunta entre las administraciones competentes en servicios de salud y servicios sociales. Estos planes pueden articularse en relación con diferentes ámbitos materiales –conjunto de los servicios sociales y sanitarios; conjunto de los servicios sociales y sanitarios de atención primaria; servicios sociales y sanitarios orientados a un determinado grupo de población– y pueden ser, en función de su ámbito geográfico, de nivel estatal, regional o local. En la tabla adjunta, se refieren algunos ejemplos correspondientes a las diferentes categorías:

	Nivel Estatal	Nivel Regional	Nivel Local
Conjunto de servicios sociales y sanitarios	República de Irlanda. "Programa de Transformación 2007-2010" (<i>Transformation Programme 2007-2010</i>)	Canadá. "Plan de Acción de Salud y Servicios Sociales de los Territorios del Noroeste 2006-2010" (<i>Northwest Territories Health and Social Services Action Plan 2006-2010</i>) Gales. "Diseñado para la vida: salud y servicios sociales de alta calidad para Gales en el siglo XXI" (<i>Designed for life: Creating a World Class Health and Social Care for Wales in the 21st century</i>)	-
Conjunto de servicios sociales y sanitarios de atención primaria	República de Irlanda. "Atención primaria. Una nueva dirección" (<i>Primary Care: a New Direction</i>)	Escocia. "Modernización de la atención comunitaria. Un plan de acción" 1998 (<i>Modernising Community Care. An Action Plan</i>)	Inglaterra. "Estrategia de Concertación de Southwark. Plan 2007/08-2011/12" (<i>Southwark PCT Commissioning Strategy Plan 2007/08-2011/12</i>)
Conjunto de servicios sociales y sanitarios destinados a un determinado grupo de población	República de Irlanda. "Una visión para el cambio. Informe del grupo de expertos en Salud mental" (<i>A Vision for Change. Report of the expert group on Mental Health Policy</i>)	Cataluña. Plan Director Sociosanitario Programa <i>Vida als Anys</i> Gales. "Marco Nacional para la Salud Mental: un Plan de Acción para Gales" (<i>The revised Adult Mental Health National Service Framework and an action plan for Wales</i>)	Inglaterra. "Plan Integrado de Servicios para la Infancia en Lanarkshire" (<i>South Lanarkshire Integrated Children's Services Plan 2005-2008</i>)

- *Fórmulas de financiación*

La literatura especializada y el análisis de las fórmulas aplicadas, a menudo con carácter experimental, en algunos países, parecen destacar tres fórmulas de financiación

particularmente relacionadas con la prestación de una atención mixta, sociosanitaria, ajustada al principio de continuidad de la atención:

- La cofinanciación de servicios por módulos, es decir la cobertura por parte de cada uno de los sectores implicados, de la parte del gasto generado por una estructura de servicio inscrita orgánica y funcionalmente en otro sector, cuando dicho gasto responda a prestaciones propias de su ámbito competencial (un ejemplo típico, sería la cobertura por el sector sanitario de los gastos médicos y de enfermería generados en un servicio residencial de atención a personas mayores).

Cataluña: Programa sociosanitario Vida als Anys

Se caracteriza por la implantación de un sistema de cofinanciación de los servicios por parte del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales y el Servicio Catalán de Salud. En este modelo, el coste de la atención sociosanitaria se divide en un módulo sanitario, que cubre el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, y en un módulo social, que se financia mediante copago entre el Departamento de Bienestar Social y la persona usuaria del servicio.

- Una segunda fórmula consiste en arbitrar presupuestos conjuntos –*pooled budgets*– para la prestación de un servicio o de un conjunto de servicios destinados a un determinado grupo de población. La ventaja de esta fórmula es que elimina las barreras entre la atención sanitaria y la atención social, en la medida en que permite utilizar los fondos indistintamente para dar cobertura a ambos tipos de prestación en función de la necesidad del caso concreto, y en la medida en que esa flexibilidad en el uso y destino de los fondos abre las puertas a la innovación en el diseño de nuevos servicios, sin que resulte necesario determinar en cada caso el carácter social o sanitario de una prestación ni en qué administración recae la responsabilidad de darle cobertura.

Reino Unido: Flexibilización del marco normativo para facilitar la articulación de presupuestos conjuntos

En el año 1999, la Ley de Sanidad aprobada en el Reino Unido recogió en su sección 31 una serie de estrategias orientadas a facilitar la coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales, entre las que destacan la prestación de servicios integrados y la articulación de presupuestos conjuntos.

Estas estrategias, conocidas comúnmente como “flexibilidades de la Ley de Salud”, se han reforzado en la Ley del Servicio Nacional de Salud aprobada en 2006 y, a su amparo, se están desarrollando, principalmente a nivel local, numerosos proyectos y experiencias de prestación y financiación conjunta de servicios sociales y sanitarios.

- Una tercera vía, más alejada, y peor adaptada al principio de responsabilidad pública en el que se fundamenta el modelo europeo, es el sistema de financiación por capitación, particularmente aplicado en Estados Unidos y Canadá. Se trata de un acuerdo entre las administraciones públicas competentes para la provisión de la atención y una entidad privada encargada de su prestación, consistente en abonar por parte de aquéllas una cuantía mensual fija por persona usuaria atendida, establecida en función de su grado de necesidad, asumiendo, en contrapartida, la entidad contratada para la prestación de los servicios, la organización para estas personas de un continuo de servicios. En su marco,

es la entidad contratada la que decide del paquete de servicios ofrecidos, atendiendo a las necesidades de la persona, pudiendo obtener beneficios cuando consigue organizar la atención por un coste inferior a la aportación pública o, por el contrario, sufrir pérdidas en los casos en los que el continuo de atención supere la cuantía financiada por la administración.

Estados Unidos y Canadá: Fórmulas de prepago por capitación

Se remite a la descripción detallada, contenida en el capítulo IV, de las experiencias PACE y SIPA, desarrolladas respectivamente en Estados Unidos y Canadá.

3.2. ESTRATEGIAS E INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN EN EL NIVEL ORGANIZATIVO

- *Equipos interdisciplinarios*

En el ámbito europeo, los equipos interdisciplinarios¹⁶ constituyen, sin duda, uno de los principales y más extendidos elementos de organización para la prestación de servicios sociosanitarios, siendo habitual en muchos países que sean dichos equipos quienes lideren la fase de valoración y orientación.

La constitución de los equipos interdisciplinarios se articula, habitualmente, en dos modalidades:

- Equipos creados *ad hoc*, en un determinado servicio, responsable de proceder a una valoración multidimensional de las necesidades de la persona usuaria y de articular los servicios y prestaciones más idóneos para responder a las mismas.

Reino Unido: Equipos Comunitarios de Valoración y Rehabilitación (Community Assessment and Rehabilitation Team - CART)

Los equipos comunitarios de valoración y rehabilitación son una fórmula de atención sociosanitaria integrada, iniciada hace un par de décadas y ya muy afianzada en el Reino Unido. Por lo general, operan desde el ámbito sanitario y es habitual que dependan orgánica y funcionalmente de una estructura hospitalaria. Son equipos interdisciplinarios compuestos por profesionales de fisioterapia, terapia ocupacional, rehabilitación, enfermería y trabajo social, recayendo habitualmente en el o la trabajadora social la función de gestión de caso. Su principal función es facilitar el retorno de la persona usuaria a su domicilio tras un alta hospitalaria o su permanencia en él evitando una hospitalización o un ingreso en residencia.

¹⁶ Es frecuente utilizar de forma indistinta los términos equipo multidisciplinar e interdisciplinar, pero no son equivalentes:

- En el equipo multidisciplinar, intervienen, de forma circunstancial, profesionales procedentes de diferentes disciplinas, pero no interaccionan entre ellos, más allá de una mera transmisión de información. Ejemplo: las interconsultas en el ámbito hospitalario.
- En el equipo interdisciplinar interaccionan las diferentes disciplinas y profesionales, permitiendo que los límites entre ellos se desdibujen y posibiliten una actuación conjunta; no actúan como compartimentos estancos.

**Italia: Equipos de Trabajo de Atención Continuada
(Unità Operativa di Continuità Assistenziale)**

Los equipos de trabajo de atención continuada se integran en el ámbito sanitario, habitualmente en estructuras hospitalarias, y su función es planificar, organizar y garantizar el seguimiento de la atención sociosanitaria a las personas mayores tras un alta hospitalaria, en coordinación con los servicios sociales de base municipales. Está compuesto por un médico geriatra, y por personal de enfermería, fisioterapia, y trabajo social.

- En otros casos, la coordinación supera el ámbito del servicio constituyéndose un equipo externo, responsable de proceder a la valoración multidimensional de las necesidades; se trata por lo general de servicios establecidos a nivel regional o estatal.

**Holanda: Agencias Regionales de Valoración
(Regional Indicatie Orgaan)**

Son equipos especializados interdisciplinares cuya función es valorar las necesidades de las personas en situación de dependencia (personas mayores, personas con discapacidad y personas con problemas de salud mental, principalmente) y diseñar el paquete de cuidados que se estima adecuado para responder a las mismas. No incluye entre sus funciones la organización, articulación y prestación de los servicios integrados en el paquete.

Italia: Unidades Territoriales de Valoración Multidimensional en la Región de Veneto (Unità Valutativa Muldidimensionale Distrettuale)

Estas unidades dependen de la Administración Sanitaria. Su función es proceder a una valoración multidimensional de las necesidades de las personas mayores y diseñar y articular el paquete de servicios que mejor se ajuste a las mismas, otorgando prioridad a las alternativas de ámbito comunitario y a la permanencia de la persona mayor en su domicilio habitual. La unidad está compuesta habitualmente por una persona responsable de la dirección y por profesionales de las siguientes disciplinas: medicina general, geriatría, enfermería y trabajo social.

- *Equipos y estructuras multidisciplinares*

Estas fórmulas se basan en la colaboración interprofesional en su sentido más clásico, para la prestación de los diversos servicios que requiere la persona usuaria.

**Francia: Centros Locales de Información y Coordinación Gerontológica
(Centres Locaux d'Information et Coordination Gérontologique)**

Los centros locales de información y coordinación gerontológica implantados progresivamente en Francia desde el año 2001 son un buen ejemplo de estructura multidisciplinar. No se constituyen en una unidad estructural, en la que se integran los diferentes equipos profesionales, sino que dichos equipos, pertenecientes a diferentes ámbitos de atención trabajan en estrecha colaboración entre ellos sobre la base de unos criterios asistenciales previamente acordados, pudiendo variar en el tiempo tanto el número como la naturaleza de los equipos y de las entidades que toman parte en esa fórmula de coordinación. Tienen vocación multidisciplinar y su finalidad es orientar y apoyar a las personas mayores en todos los aspectos de su vida cotidiana, ya sean sociales, sanitarios, culturales u otros. Cubren zonas con una población comprendida entre 7.000 y 10.000 personas mayores de 60 años en el medio rural y de 15.000 en el medio urbano.

- *Ventanilla única*

El sistema de ventanilla única consiste en establecer un único punto de acceso a los servicios; si bien es un elemento bastante extendido para dar entrada al conjunto de servicios integrado en un único sistema –el social o el sanitario– se observan ya algunas experiencias que tratan de establecer un único punto de entrada a servicios de naturaleza mixta.

Italia: Ventanilla única en el Distrito de Empoli

En 1998, al objeto de facilitar la colaboración y la coordinación de las intervenciones desarrolladas en el domicilio de las personas mayores por los servicios de salud y por los servicios sociales, se puso en marcha una ventanilla única de acceso a un servicio integrado de atención domiciliaria sociosanitaria, que constituye el punto de entrada tanto desde los servicios sociales como desde los servicios de salud (incluidas las estructuras hospitalarias).

El servicio –que atiende a una población de 221.787 habitantes de los un 20% son personas mayores– cuenta con un equipo de 4 médicos, 9 fisioterapeutas, 54 enfermeras, 15 trabajadores sociales y 8 técnicos sociosanitarios.

Holanda: Ventanilla única

Se remite a la descripción detallada de la experiencia holandesa, contenida en el capítulo IV.

- *Co-emplazamiento de servicios*

Numerosos estudios de evaluación avalan las ventajas del co-emplazamiento de servicios sociales y sanitarios de cara a garantizar su buena articulación. Sin duda, compartir la misma sede genera mayores oportunidades y rutinas de comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos, lo que contribuye a una innegable mejora de la colaboración y de la coordinación entre servicios, facilita su utilización combinada, la derivación de unos servicios a otros y la actuación articulada de las y los profesionales que intervienen en la prestación de los diversos servicios. También permite unificar o centralizar algunos elementos básicos comunes a todos ellos: recogida de información, primera acogida y orientación y trámites de derivación, fundamentalmente. Por otra parte, para cada profesional tener acceso directo a profesionales de otros ámbitos y especialidades puede resultar estimulante y sensibilizarle ante problemáticas y situaciones que, habitualmente, se encuentran al margen de su área de intervención. Se crean así sinergias que contribuyen a garantizar que las personas usuarias y sus familias se enfrenten a menos obstáculos de acceso, a menos vacíos en las prestaciones, a menos solapamientos entre los servicios, y a menos desfases temporales en su prestación.

**Québec: Centros Locales de Servicios Comunitarios
(Centres Locaux de Services Communautaires)**

Según la Ley reguladora de los Servicios de Salud y de Servicios Sociales, la misión de un centro local de servicios comunitarios es ofrecer, en primera línea, servicios de salud y servicios sociales básicos comunitarios. Estos centros de atención primaria constituyen el punto de acceso a ambos sistemas y se sitúan en un equipamiento, de carácter polivalente –que también cuenta con un centro residencial para atender a personas con necesidades complejas de larga duración–, que constituye el punto de acceso a una amplia gama de servicios de salud y sociales generales, especializados y muy especializados.

Dinamarca: Atención integrada a personas mayores en Skaevinge

Se remite a la descripción detallada de la experiencia danesa, contenida en el capítulo IV.

- *Redes de atención o trabajo en red*

Una red de atención puede definirse como un grupo integrado por instituciones o entidades de naturaleza social y sanitaria, con personalidades jurídicas diferenciadas, que se asocian o firman un acuerdo de colaboración para alcanzar determinados objetivos comunes que no podrían alcanzar sin asociarse o combinar sus medios y recursos.

En el marco de estas alianzas estratégicas, la colaboración organizativa se alcanza, tanto a nivel vertical como horizontal, a través de una serie de mecanismos, más o menos formales: propiedad común del conjunto de los servicios prestados; contratación y/o concertación conjunta de servicios; diseño de programas conjuntos de actuación y reparto de responsabilidades en su implantación, entre otros.

República de Irlanda: Red de Atención Primaria (*Primary Care Network*)

El Departamento de Salud e Infancia del Gobierno de Irlanda inició en 2001 una importante reforma de su sistema de salud y de servicios sociales con el objetivo de conseguir un sistema centrado en la persona y en la atención integral de sus necesidades. Dicha reforma incluía –entre otras medidas de carácter más específico que se recogen en el documento *Quality and Fairness. A Health System for You*– la construcción de un nuevo modelo de atención primaria, articulado en dos niveles:

- Los equipos interdisciplinarios de atención primaria.
 - La red de atención primaria. Esta red está formada por varios equipos de atención primaria que trabajan en continua relación con otros servicios profesionales de atención comunitaria especializados en diferentes ámbitos –psicología, logopedia, podología, nutrición, trabajo social– que desarrollan su trabajo en el ámbito geográfico delimitado para la intervención de dicha red.
-

- *Itinerarios de atención integrada*

Los itinerarios de atención integrada, conocidos en la literatura internacional como “*integrated care pathways*” o también como mapas de cuidados “*care maps*”, y procedentes del ámbito sanitario, se definen como pautas de intervención, de carácter interdisciplinar, acordadas a nivel local, para atender necesidades específicas presentadas por un determinado colectivo. Se basan en directrices y conocimientos avalados por la literatura científica así como en el conocimiento y la experiencia de quienes intervienen en su diseño, para definir la secuencia más adecuada de cuidados que habitualmente convendrá aplicar a la atención de quienes presentan esas concretas necesidades. Estos itinerarios de atención integrada pueden incluir cuidados sanitarios y sociales, prestados desde diferentes ámbitos administrativos, y desde diferentes servicios médicos y sociales. Establecen una pauta general de actuación para intervenir en circunstancias y situaciones concretas que luego deberá adaptarse, en el marco de la valoración individual y del diseño del plan de atención individual, a las necesidades del caso concreto.

Escocia: Itinerarios de atención integrada de atención a personas con problemas de drogodependencia

En el marco de su política pública de atención a personas con problemas de drogodependencia, el ejecutivo escocés ha optado por esta fórmula y promueve su aplicación en el ámbito local. En esta línea, publica guías orientadas a ayudar a la elaboración de itinerarios integrados de atención a nivel local para las personas con problemas de drogodependencia cuando presentan necesidades muy específicas: por ejemplo, su atención en estructuras hospitalarias y en estructuras psiquiátricas, su atención durante el embarazo, etc.

- *Sistemas de información y comunicación*

Los sistemas de información y comunicación (instrumentos comunes de valoración y de registro, bases de datos, estadísticas, y planes y expedientes individuales), en proceso de mejora permanente gracias a las continuas innovaciones aportadas por las nuevas tecnologías, constituyen una herramienta básica de coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales.

Los instrumentos comunes presentan, además, la ventaja de estructurar la información de manera homogénea y de constituir la base indispensable para la elaboración de estadísticas fiables que, en última instancia, contribuyen a determinar, en términos medibles, la mayor o menor adecuación de un servicio o de un programa.

Italia: Sistema Unificado de Información de la Región de Espoli

Es un sistema informático instalado en los servicios sanitarios y sociales integrados en la red regional de atención, que permite a las y los profesionales de ambos sectores, introducir datos sobre la persona usuaria y sobre los servicios que le son asignados, así como acceder a la información relativa a esa persona introducida por otras y otros profesionales, todo ello, lógicamente, en el marco de unas directrices de confidencialidad. Presenta diversas ventajas:

- la información está siempre actualizada;
 - está disponible en línea, lo que facilita la colaboración entre servicios y la continua disponibilidad de la información;
 - se ajusta al principio de economía administrativa en la medida en que disminuye muy considerablemente los trámites burocráticos de comunicación y traspaso de expedientes y en que los datos personales se recogen e introducen una sola vez, causando, asimismo, menos molestias a las personas usuarias.
-

- *Enclaves*

Consiste en crear puestos de trabajo de una determinada disciplina en un contexto dominado por otra. Puede decirse que es la fórmula más sencilla de garantizar un cierto nivel de coordinación entre diferentes disciplinas, entre diferentes ámbitos de atención o entre diferentes servicios, en la medida en que tales profesionales asumen, con frecuencia, una función de enlace. Un ejemplo habitual sería la creación de puestos de trabajo social en un centro de salud o en una estructura hospitalaria.

3.3. ESTRATEGIAS E INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA PERSONA USUARIA

- *Evaluación conjunta de necesidades y diseño conjunto de planes de atención individual*

Los métodos de evaluación de necesidades y de diseño de planes de atención individual, adaptados a las particulares necesidades de cada persona, constituyen, por definición, procesos orientados a garantizar una atención más adecuada, coordinada e integral a la persona atendida, tanto cuando se aplican en un determinado ámbito de la atención, como cuando tratan de combinar servicios de diferente naturaleza y prestados por diferentes entidades públicas o privadas.

Reino Unido: Procedimiento Común de Valoración (Single Assessment Process)

El procedimiento común de valoración fue implantado en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido en 1999, con la puesta en marcha del Marco Nacional de Atención a las Personas Mayores (*National Service Framework for Older People*). En el año 2002 se publicaron las directrices a las que debía ajustarse dicho procedimiento, con tres objetivos esenciales:

- garantizar una valoración interdisciplinar de las necesidades de las personas mayores y la articulación del paquete de servicios más apto para responder a las mismas con eficacia y de forma ajustada al principio de continuidad de la atención;
- evitar la duplicación de procedimientos de valoración no ya sólo entre servicios sociales y sanitarios sino también entre diferentes servicios dentro de cada uno de esos sectores;
- facilitar un uso racional del conjunto de los recursos materiales y profesionales existentes.

- *Gestión de caso*

A lo largo de las tres últimas décadas, la gestión de la atención –“*care management*”– y su directa antecesora, la gestión de caso –“*case management*”– han desempeñado un papel fundamental en los esfuerzos orientados a la reforma de los cuidados de larga duración. La gestión de caso se define como un proceso integral y sistemático de valoración, planificación, coordinación y supervisión de una diversidad de servicios, organizados para una persona usuaria –por lo general, en el marco de los cuidados de larga duración–, de carácter interdisciplinar, en cuyo marco puede combinarse la prestación de servicios de diferente naturaleza –sociales y sanitarios, por ejemplo– en diferentes ámbitos –domiciliario, comunitario o residencial–. La aplicación del proceso puede recaer en una única persona que actúa como profesional de referencia o en un equipo de profesionales con vocación y funcionamiento interdisciplinar.

Sin perjuicio de los muy diversos enfoques teóricos existentes en relación con esta fórmula, puede decirse que sus principales objetivos son: incrementar las posibilidades de elección y la flexibilidad en la prestación de los servicios; mejorar la coordinación entre los servicios; e incrementar la eficiencia y la eficacia de la atención, principalmente en el contexto comunitario.

Aunque la gestión de caso no puede considerarse como la solución a todos los problemas, dificultades y obstáculos a los que se enfrenta la prestación de servicios a personas que requieren cuidados de larga duración, no hay duda de que, tal y como apunta la literatura científica internacional, contribuye a facilitar la permanencia de estas personas en el entorno comunitario y, en términos globales, a mejorar la eficacia y la eficiencia del sistema de atención.

En el marco de la atención sociosanitaria, la gestión de caso desempeña un papel clave en la coordinación del conjunto de las intervenciones, en particular en relación con la prevención de hospitalizaciones o en la adecuada organización del proceso de traslado y retorno al medio comunitario, tras el alta hospitalaria; de hecho, se está generalizando, en el contexto europeo, una figura profesional, cuya función es la organización de este tipo de atención, por lo general desde las estructuras hospitalarias (*discharge manager*).

Austria: Programa de traslado al medio comunitario

Un buen ejemplo sería la figura del profesional de referencia o profesional clave en traslados sociosanitarios, creada en el marco del programa para la gestión de las altas hospitalarias y el retorno al medio comunitario puesto en marcha en Viena, entre el Hospital Hartmann y la Cruz Roja. Se encuentra en una posición clave entre las estructuras hospitalarias y los cuidados a domicilio, habitualmente sociosanitarios, y coordina todas las dificultades y trámites implícitos en cualquier traslado. Esta persona puede ser contactada por el hospital, los servicios sociales, la persona usuaria o sus familiares, cuando consideren necesario su apoyo tanto en relación con el propio traslado como en relación con la organización de los cuidados prestados en el domicilio tras el alta hospitalaria.

CAPÍTULO III

LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

1. EL MARCO JURÍDICO

La creciente necesidad de garantizar la articulación y la coordinación de las intervenciones procedentes de diferentes ámbitos públicos de actuación para responder adecuadamente a las necesidades de cuidados de larga duración, habitualmente asociados a situaciones de dependencia y/o enfermedad crónica o terminal, ha llevado, progresivamente, a su plasmación expresa en los textos jurídicos. Esta tendencia, cada vez más marcada, aunque tímida todavía, se observa tanto en el ámbito internacional como en los ámbitos estatal y autonómico, y aunque puede referirse a una pluralidad de sectores, como son la sanidad, los servicios sociales, la vivienda, el empleo o la educación, los dos primeros son, sin duda, los más directamente concernidos.

1.1. LAS ORIENTACIONES INTERNACIONALES

Las instituciones internacionales más relevantes se han pronunciado sobre la cuestión lo cual, sin duda, refleja la entidad de la materia y la preocupación que genera la situación actual y futura en las esferas gubernamentales. Son, es cierto, pronunciamientos muy genéricos a favor de un reforzamiento de la coordinación entre los sectores sanitario y social, pero conviene tener presente, en su interpretación, que su ámbito de aplicación se extiende a una gran diversidad de contextos geográficos y sociopolíticos y que, en consecuencia, sus contenidos no pueden ser sino de tenor muy global.

1.1.1. *Naciones Unidas*

Aunque la Organización de Naciones Unidas se ha pronunciado en diversas ocasiones a lo largo de las últimas décadas sobre los derechos y las necesidades de colectivos considerados especialmente susceptibles de beneficiarse de un buen nivel de coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales –en particular, las personas mayores¹⁷ y las personas con discapacidad¹⁸–, su alusión más explícita a la articulación de los diferentes ámbitos de intervención no se da hasta fechas bastante recientes, con la presentación,

¹⁷ Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, adoptado por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Viena en 1982; Principios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores adoptados en 1991; Proclamación sobre el Envejecimiento de 16 de octubre de 1992.

¹⁸ El último texto, aprobado por la Asamblea General de 13 de diciembre de 2006, es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

en el marco del Programa sobre Envejecimiento y Salud de la Organización Mundial de la Salud, del documento titulado *“Hacia un consenso internacional sobre los programas de larga duración para las personas mayores”*. En este texto se proponen los principios directores para el desarrollo de planes de acción en esta materia, entre ellos, uno de especial relevancia referido a las infraestructuras necesarias, que establece que *“los nuevos planes de acción deberían estructurarse cuidadosamente con el fin de evitar la fragmentación del suministro de cuidados, estudiar y subsanar los vacíos en el servicio y construir un sistema de cuidados sin parches”*.

Con posterioridad, y ya en un contexto más claramente programático, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, del año 2002, en su objetivo 3, referido a la institución de un continuo de atención de la salud para atender a las personas de edad, recomienda, expresamente, la mejora de los servicios de salud de atención primaria, de los servicios de cuidados de larga duración, los servicios sociales y otros servicios comunitarios, así como el establecimiento de servicios gerontológicos especializados y el perfeccionamiento de la coordinación de sus actividades con los servicios de atención primaria de salud y los servicios de asistencia social.

1.1.2. Consejo de Europa

También el Consejo de Europa se ha pronunciado sobre la coordinación de los diferentes ámbitos de intervención, y, al igual que las Naciones Unidas, lo ha hecho en el marco de recomendaciones referidas a la atención de colectivos específicos, y también en términos genéricos aunque más explícitos.

Así, en la Recomendación (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la Dependencia, fechada el 18 de septiembre de 1998, el Consejo de Europa define la dependencia como *“un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica e intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, las referentes al cuidado personal”*, y establece la prioridad de la atención a las personas dependientes en su domicilio habitual, señalando al respecto:

“Las personas dependientes que viven en su domicilio y que tienen necesidad de asistencia y/o ayudas para realizar los actos de la vida, o cuyo estado exige de cuidados, tienen el derecho de beneficiarse de esta ayuda en su domicilio en cuanto sea posible.

Todos estos servicios deben ser complementarios entre sí. Es necesaria una coordinación entre el sector hospitalario, el sector de atención a domicilio y el sector social para que las personas dependientes puedan permanecer en su hogar y recibir ayuda a domicilio y así evitar o retardar su institucionalización”.

Con este pronunciamiento, el Consejo de Europa hace suyos algunos de los elementos básicos de la atención integral a las personas dependientes, y añade, al referirse a la garantía de la calidad de los cuidados que *“La colaboración y el intercambio de información entre los diversos intervinientes son esenciales para asegurar la continuidad entre las diversas estructuras de cuidado”*, continuidad que garantiza la adecuación de la atención a las particulares necesidades y circunstancias de la persona.

Complementariamente, y en la misma fecha, el Comité de Ministros a los Estados Miembros dicta una Recomendación (98) 11 sobre la organización de la atención

sanitaria para las personas con enfermedades crónicas, en la que se pronuncia explícitamente sobre la coordinación de servicios y de los diferentes ámbitos de atención, en los siguientes términos:

“Será necesario elaborar políticas de atención sanitaria globales e integrales para los enfermos crónicos. Dichas políticas deberán:

- a) Asegurar una gama apropiada de servicios de atención, centrados a la vez sobre la comunidad y sobre el paciente.*
- b) Restablecer el equilibrio entre “curar” y “cuidar” con el fin de reforzar los servicios de atención destinados a los enfermos crónicos que tienen necesidad de una readaptación y la atención de larga duración.*
- c) Estimular la cooperación intersectorial entre los servicios médicos y sociales, no sólo al nivel de los pacientes sino también en lo que respecta a las organizaciones.*
- d) Facilitar los vínculos entre la atención prestada en el domicilio, en el hospital y en instituciones.”*

El Consejo también se pronunció, apenas un año más tarde, en relación con la atención a las personas con enfermedad en fase terminal, mediante Recomendación 1.418(1999) de 25 de junio de 1999, de Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos, y de nuevo en 2003 con su Recomendación 24 sobre organización de los cuidados paliativos. En su marco, se señala que los cuidados paliativos persiguen abordar las cuestiones físicas, psíquicas y espirituales asociadas a la enfermedad avanzada y, en coherencia con esa diversidad, se requiere un acceso coordinado a un equipo altamente cualificado, interdisciplinar y multiprofesional, recomendando a los Estados que adopten las medidas necesarias, principalmente en términos de organización de servicios y de formación de personal, para responder adecuadamente a tales necesidades.

1.1.3. Unión Europea

De conformidad con los Tratados que la rigen, la Unión Europea no tiene competencias en materia de servicios sociales y servicios de salud, siendo los Estados miembros quienes conservan y ejercen la competencia en estos ámbitos de actuación; no puede, por lo tanto, considerarse que exista una política europea en estas materias, ni tampoco una política europea para la coordinación sociosanitaria o específicamente orientada a la organización de los cuidados de larga duración. No obstante lo anterior, la Unión tiene la posibilidad de ejercer indirectamente su influencia en estas áreas de intervención, en la medida en que algunas de sus políticas pueden tener en ellas una considerable incidencia –como es el caso, en particular, de las actuaciones desarrolladas en el marco de la política social europea–, y en la medida en que también puede, como ha sido el caso, optar por potenciar un marco de cooperación entre los Estados miembros, con pleno respeto de su soberanía en esas cuestiones.

En el caso de la atención sociosanitaria, puede decirse que el punto de arranque se sitúa en el año 2000, cuando el Consejo Europeo de Lisboa procede, en respuesta a una Comunicación de la Comisión sobre *“Una estrategia concertada para la modernización de la protección social”*, al establecimiento de una agenda para la modernización

y la mejora del modelo social europeo, basada no ya en la intervención directa de la Unión, sino en un sistema de cooperación internacional, respetuoso del principio de subsidiariedad.

Con posterioridad al Consejo de Lisboa, y en coherencia con los acuerdos alcanzados en aquél, el Consejo de Gotemburgo, celebrado en 2001, propuso que se adoptara una orientación en el campo de la atención sanitaria y social de las personas mayores, en el marco del denominado “método abierto de coordinación” que, sobre la base del principio de subsidiariedad, permite a los Estados miembros abordar conjuntamente importantes cuestiones y retos, y enriquecerse mutuamente con la experiencia y las buenas prácticas desarrolladas en países vecinos, sin por ello renunciar a definir su propia estrategia nacional.

Las propuestas del Consejo de Gotemburgo se concretaron en la Comunicación de la Comisión, de 5 de diciembre de 2002, sobre *“El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores”*. En ese texto, la Comisión incluía entre los retos comunes el del impacto del envejecimiento demográfico sobre los sistemas y, en su marco, señalaba, en relación con la necesidad de una coordinación sociosanitaria, que:

“(...) el incremento del número de personas de esas categorías de edad provoca nuevas solicitudes de asistencia de larga duración. En efecto, las enfermedades relacionadas con la edad, que pueden incluso llevar consigo una dependencia de terceras personas, necesitan cuidados de larga duración (ambulatorios, en unidades de estancia prolongada y en unidades de asistencia psiquiátrica), que no pertenecen al sistema de sanidad «clásico», sino al sector médico-social. Por otra parte, el incremento del número de estructuras familiares más reducidas y más inestables podría acabar con las redes familiares de solidaridad y dificultar los cuidados proporcionados dentro de las familias. Por consiguiente, si el número de personas que necesitan asistencia de larga duración llega a ser importante, y teniendo en cuenta el incremento de la tasa de empleo de las mujeres (que suelen ser las que proporcionan los cuidados informales), debería crearse una oferta específica. Resulta, pues, fácil comprender que, en este ámbito, los factores ligados a la organización de la oferta tienen una importancia decisiva”.

El Consejo Europeo de Barcelona de marzo de 2002 aprobó las orientaciones propuestas y, en fechas posteriores, los Estados miembros informaron sobre las medidas adoptadas para alcanzar los objetivos acordados, recogiendo esta información en un informe conjunto de la Comisión y del Consejo titulado *“Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a personas de edad avanzada”* y presentado el 10 de marzo de 2003, que se vio complementado y reforzado por la Comunicación de la Comisión de 27 de mayo de ese mismo año titulada *“Refuerzo de la dimensión social de la estrategia de Lisboa: racionalización del método abierto de coordinación en el ámbito de la protección social”*.

El siguiente paso se plasmó en la Resolución de 11 de marzo de 2004 del Parlamento Europeo sobre la propuesta de un informe conjunto en materia de *“Asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: apoyar las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social”*, en la que hace un llamamiento a favor de una cooperación reforzada en materia de salud y cuidados de larga duración y pide a la Comisión que presente propuestas en este sentido, a la vez que permite al Consejo aplicar el método abierto de coordinación a este ámbito y adoptar objetivos comunes. En cumplimiento de

dicho mandato, la Comisión presentó el 20 de abril de 2004, una Comunicación orientada a *“modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales a través del método abierto de coordinación”*, en la que se proponen objetivos comunes para el desarrollo y la modernización de la oferta y la financiación de la asistencia, compatibles con la definición de sus propias estrategias nacionales por parte de cada Estado miembro. La coordinación de las políticas nacionales en esta materia se unía así a los otros tres grandes ámbitos de la protección social –pensiones, inclusión y empleo– que ya eran objeto de una coordinación reforzada desde el año 2000.

En el marco de dichos objetivos comunes para el desarrollo de los sistemas de asistencia destacan las siguientes previsiones directamente relacionadas con la coordinación socio sanitaria:

- Ofrecer cuidados adaptados a las necesidades de las personas mayores, en particular mediante una coordinación reforzada entre los servicios sociales y los servicios de salud, tanto en el nivel de la atención primaria, como en los ámbitos de la atención especializada y de la atención hospitalaria.
- Desarrollar políticas de prevención y orientación que permite una actuación precoz y que haban posible al inicio de los procesos de asistencia que permitan reducir el recurso a tratamientos costosos, en particular la asistencia hospitalaria y la intensiva, y reforzar con este fin la coordinación entre las distintas administraciones y organizaciones responsables de la prestación de servicios asistenciales: cuidados primarios, estructuras hospitalarias, servicios sociales comunitarios.

La fase más reciente de este proceso se ha dado con la Comunicación de la Comisión de 22 de diciembre de 2005, sobre *“Un nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social y de inclusión en la Unión Europea”*, en la que se establecen las propuestas para crear un marco simplificado para el desarrollo de estos intercambios, más fuerte, más visible, con mayor énfasis en la ejecución de las políticas, que interactúe positivamente con la estrategia revisada de Lisboa. Entre los objetivos específicos de este nuevo Marco para la Coordinación Abierta, se recoge el de garantizar una atención sanitaria y cuidados de larga duración accesibles, de calidad y viables, para lo cual se considera indispensable:

“- Garantizar el acceso de todos a la salud adecuada y a los cuidados de larga duración y asegurar que la necesidad de cuidados no conduzca a la pobreza y a la dependencia financiera. Abordar las injusticias en materia de acceso a los cuidados y de resultados de salud.

- Promover la calidad de la atención sanitaria y los cuidados de larga duración y adaptar los cuidados a las necesidades y preferencias cambiantes de la sociedad y de las personas, especialmente estableciendo normas de calidad que reflejen las prácticas adecuadas internacionales y reforzando la responsabilidad de los profesionales sanitarios, de los pacientes y de los beneficiarios de los cuidados.

- Asegurar que la atención sanitaria y los cuidados de larga duración adecuados y de calidad sigan siendo asequibles y viables promoviendo estilos de vida sanos y activos, buenos recursos humanos para el sector asistencial y un uso racional de los recursos, especialmente a través de incentivos apropiados para usuarios y proveedores, buena gobernanza y coordinación entre sistemas e instituciones asistenciales”.

1.2. EL MARCO COMPETENCIAL EN LA CAPV

Antes de analizar la normativa reguladora de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco, interesa centrarse en la distribución competencial vigente para los dos ámbitos concernidos, es decir, los servicios de salud y los servicios sociales. La cuestión merece especial atención porque difiere muy considerablemente entre ambos, tanto la delimitación competencial entre el Estado y la Comunidad Autónoma, como la que se da dentro del ámbito autonómico entre las diferentes administraciones públicas vascas.

1.2.1. *Diferencias en la distribución competencial entre el Estado y la Comunidad Autónoma*

Por lo que respecta al **ámbito sanitario**, la Constitución de 1978, tras recoger, entre los principios rectores de la política social y económica, el derecho a la protección de la salud e imponer a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de la articulación de las prestaciones y servicios necesarios, atribuye al Estado, para el ejercicio de este deber, la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad (apartado 1.16^a del artículo 149) y la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social –sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas (apartado 1.17^a del mismo artículo)– y a las Comunidades Autónomas, la posibilidad de asumir competencias en sanidad e higiene (apartado 1.21^a del artículo 148).

En el ejercicio de las competencias así atribuidas, el Estado ha venido estableciendo el marco general de actuación en esta materia, principalmente mediante la aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y más recientemente, mediante la aprobación de la muy significativa Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, la Comunidad Autónoma del País Vasco, haciendo uso de la facultad atribuida por el texto constitucional, asumió en su Estatuto de Autonomía competencias en materia de sanidad e higiene en los términos previstos en su artículo 18:

- En materia de sanidad interior, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado.
- En materia de Seguridad Social:
 - El desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico de la misma.
 - La gestión del régimen económico de la Seguridad Social.
- En materia de productos farmacéuticos, la ejecución de la legislación del Estado.
- La organización y administración de todos los servicios relacionados con las materias anteriores.
- La tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de Sanidad y Seguridad Social, salvo la alta inspección reservada al Estado.

En contraste con lo anterior, el **ámbito de los servicios sociales** no es objeto de reparto competencial entre el Estado y la Comunidad Autónoma, en la medida en que el texto constitucional no atribuye a aquél competencias en esa materia y, en cambio, sí prevé, en su artículo 148.1.20ª, la posibilidad de que las asuman las Comunidades Autónomas. Así lo hizo la Comunidad Autónoma del País Vasco, al asumir, en el artículo 10 de su Estatuto de Autonomía, competencias exclusivas en asistencia social (apartado 12), fundaciones y asociaciones de carácter asistencial en tanto desarrollen principalmente sus actividades en el País Vasco (apartado 13), organización, régimen y funcionamiento de las instituciones y establecimientos de protección y tutela de menores (apartado 14), desarrollo comunitario, condición femenina, política infantil, juvenil y de la tercera edad (apartado 39).

Lo anterior determina que el Estado no pueda intervenir en el ámbito de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma, salvo al amparo de su competencia exclusiva para “*la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales*” (artículo 149.1.1ª de la Constitución) o en su “*facultad para dictar leyes que establezcan los principios necesarios para armonizar las disposiciones normativas de las Comunidades Autónomas, aun en el caso de materias atribuidas a la competencia de éstas, cuando así lo exija el interés general*” (artículo 150.3 de la Constitución).

Ha sido precisamente aquél, el artículo 149.1.1ª, el fundamento jurídico en el que se ha basado la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, como explícita en su disposición final octava referida al fundamento constitucional, pero más extensamente en su Exposición de Motivos al señalar que:

“...la competencia exclusiva del Estado para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (artículo 149.1 CE), justifica la regulación, por parte de esta Ley, de las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas, y con pleno respeto de las competencias que las mismas hayan asumido en materia de asistencia social en desarrollo del artículo 148.1.20 de la Constitución.

La Ley establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Asimismo, como un segundo nivel de protección, la Ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley. Finalmente, las comunidades autónomas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos.

La propia naturaleza del objeto de esta Ley requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por lo que la coordinación y cooperación con las comunidades autónomas es un elemento fundamental. Por ello, la ley establece una serie de mecanismos de cooperación entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas, entre los que destaca la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En su seno deben desarrollarse, a través del acuerdo entre las administraciones, las funciones de acordar un marco de cooperación interadministrativa, la intensidad de los servicios del catálogo, las

condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios o el baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia, aspectos que deben permitir el posterior despliegue del Sistema a través de los correspondientes convenios con las comunidades autónomas. Se trata, pues, de desarrollar, a partir del marco competencial, un modelo innovador, integrado, basado en la cooperación interadministrativa y en el respeto a las competencias.”

En el articulado de la Ley, esta fórmula de actuación se concreta en el Capítulo I del Título I referido a la configuración del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, en cuyo marco los artículos 9, 11 y 12 regulan, respectivamente, la participación de la Administración General del Estado, de las comunidades autónomas y de las Entidades Locales, atribuyéndose su articulación al Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En el seno de dicho Consejo, la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas acordarán el marco de cooperación interadministrativa que, posteriormente, se desarrollará, para cada Comunidad Autónoma, mediante los correspondientes convenios bilaterales, en los que se acordarán los objetivos, medios y recursos para la aplicación de los servicios y prestaciones del Sistema, incrementando el nivel mínimo garantizado por el Estado.

Este amparo competencial de la comúnmente denominada Ley de Dependencia ha sido cuestionado, tanto desde el ámbito doctrinal, como sobre todo desde algunos partidos políticos y grupos parlamentarios, siendo, en este último caso, principalmente dos los argumentos de rechazo: el primero, considerar que el artículo 149.1.1ª no constituye un título atributivo de competencias sino que sólo puede ser invocado cuando se comprueba *ex post* –es decir, después que en la actuación de una Comunidad Autónoma en el ejercicio de sus competencias se haya producido una efectiva desigualdad acreditable constitucionalmente–, supuesto en el cual el Estado puede establecer las condiciones básicas para remover esa desigualdad, no pudiendo hacerlo preventivamente, es decir, antes de que se produzca la misma; el segundo argumento invocado es que dicho artículo no puede ser alegado para legislar en materias en las que el Estado no tiene título competencial.

Ésta no había sido, sin embargo, la opinión del Consejo de Estado al pronunciarse sobre la cuestión el 23 de marzo de 2006, dictaminando el amparo constitucional del entonces Anteproyecto¹⁹, en los siguientes términos: “El establecimiento de un marco de igualdad, a través de la regulación de unas condiciones básicas que la garanticen, en relación el ejercicio, por estas personas, de sus derechos y deberes constitucionales, encuentra así cobertura en el artículo 149.1.1.ª de la Constitución”.

El texto fue aprobado por el Parlamento y entró en vigor el 1 de enero de 2007, siendo Navarra, la única Comunidad Autónoma que presentó, tanto desde su Gobierno como desde su Parlamento, recurso de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional. Dichos recursos fueron admitidos a trámite por el Alto Tribunal por providencia de 27 de marzo de 2007, pero en fechas recientes, a comienzos de noviembre 2007, la

¹⁹ Elementos básicos de la argumentación recogida en el dictámen del Consejo de Estado:

“(…) C. El artículo 149.1.1.ª de la Constitución

(…)

La regulación del Anteproyecto -al igual que el sometido a consulta en el dictamen 1.579/2005, antes citado- no pretende tanto configurar aquellas facultades, límites, deberes, prestaciones, premisas

.../...

.../..

o presupuestos en relación con un concreto derecho o deber, cuanto en relación con el ejercicio de sus derechos y deberes constitucionales por parte de un sector de la población que tiene especiales dificultades para tal ejercicio e incluso, como se ha dicho, para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria.

En este sentido, ha señalado el Tribunal Constitucional que el artículo 149.1.1.ª “sólo presta cobertura a aquellas condiciones que guarden una estrecha relación, directa o indirecta e inmediata, con los derechos reconocidos por la Constitución” (STC 164/2001). Sin necesidad de entrar a analizar detenidamente el alcance de la expresión utilizada por el citado artículo 149.1.1.ª, entiende el Consejo de Estado que dicho apartado ampara la regulación abordada por el Anteproyecto; su objeto constituye una regulación “transversal”, acorde con las previsiones de los artículos 49 y 50 de la Constitución -en relación con los derechos que la Constitución reconoce a todos los ciudadanos- y, más allá de eso, con la garantía de una posición mínima que asegure la dignidad humana (artículo 10) en situaciones de especial vulnerabilidad, entroncando también con la efectividad de la libertad, igualdad e integridad física y moral que la Constitución garantiza (artículos 9.2, 14 y 15). Junto a ello, cabría apelar, en el presente caso, a los derechos reconocidos en los Tratados y acuerdos internacionales ratificados por España, erigidos en canon de interpretación por el artículo 10 de la Constitución (así, cabría citar los artículos 22 y 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, expresamente mencionada en dicho artículo 10). En definitiva, se trata aquí de la regulación de las condiciones básicas que garanticen una igualdad en las posiciones jurídicas fundamentales de quienes se encuentran en situación de dependencia, para el ejercicio de sus derechos y deberes constitucionales, puesto que es, precisamente, el ejercicio efectivo de sus derechos y deberes lo que se ve obstaculizado por su situación de dependencia (el artículo 4 del Anteproyecto es especialmente ilustrativo del carácter transversal aludido).

En relación con ello, el Libro Blanco de la Dependencia pone de manifiesto, en su capítulo II, cómo nuestro ordenamiento ha recogido los nuevos enfoques y estrategias operadas en la manera de entender la discapacidad, a partir de la idea de que las desventajas que presenta una persona con discapacidad tienen su origen no solo en sus dificultades personales, sino también en las condiciones limitativas que en la propia sociedad se oponen a su plena participación y al ejercicio pleno de sus derechos. De este modo, para que la igualdad de las personas sea real y efectiva, y no meramente formal, se han de promover las condiciones que faciliten la plenitud de sus derechos. En esa misma línea, se subraya que las personas con dependencia funcional gozan jurídicamente de los mismos derechos, libertades y deberes civiles y políticos constitucionales que los demás ciudadanos (sin perjuicio de las limitaciones derivadas de sentencias de incapacitación). Sin embargo, en la práctica, la vulnerabilidad de su situación dificulta el ejercicio real de dichos derechos (como ponen de manifiesto diversos estudios e informes recogidos en el Libro Blanco aludido), por lo que este colectivo precisa de medidas protectoras específicas para garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos y responsabilidades.

El establecimiento de un marco de igualdad, a través de la regulación de unas condiciones básicas que la garanticen, en relación el ejercicio, por estas personas, de sus derechos y deberes constitucionales, encuentra así cobertura en el artículo 149.1.1.ª de la Constitución.

D. Articulación de competencia estatal y competencias autonómicas

Partiendo de la opción manifestada en el Anteproyecto, no ha de olvidarse que el Tribunal Constitucional ha trazado la distinción entre las “condiciones básicas” y las “normas básicas”, pero en todo caso, “tanto las bases como las condiciones básicas ordenan y limitan el ejercicio de las competencias de las Comunidades Autónomas”, por lo que tienen “carácter vinculante y limitativo de esas normas, con independencia de cuál sea su verdadero alcance” (STC 164/2001).

Ahora bien, la regulación amparada en el artículo 149.1.1.ª no puede suponer una normación completa y acabada de los derechos y deberes, de forma que dicho precepto constitucional no debe ser entendido como una prohibición de divergencia autonómica. Como recuerda la STC 212/2005, debe distinguirse, de un lado, entre los elementos generales conformadores del derecho de que se trate, amparables en el artículo 149.1.1ª (alcanzables por las normas de rango legal y, cumpliendo determinadas exigencias, reglamentario) y, de otro, los criterios de la política sectorial correspondiente

.../...

Junta de Cooperación Administración General del Estado–Comunidad Foral de Navarra adoptó un acuerdo que permitía resolver las discrepancias que mantenían ambas administraciones en relación con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Este acuerdo determinó el desistimiento del Gobierno de Navarra del recurso de inconstitucionalidad planteado.

1.2.2. **Diferencias en la distribución competencial entre la Administración Autónoma y las Administraciones forales y locales**

La Ley 27/1983, de 25 de noviembre, de Relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos –comúnmente denominada Ley de Territorios Históricos– es el texto que define el marco general de distribución competencial entre el Gobierno Vasco y las Diputaciones forales, siendo ese el marco dentro del cual las leyes reguladoras de las diferentes materias desarrollan dichas competencias.

- En materia de servicios de salud, la competencia tanto para la ejecución de la legislación básica del Estado y el desarrollo legislativo en materia de sanidad interior (salud pública y asistencia sanitaria) como para la organización y administración de todos los servicios sanitarios asumidas en el Estatuto de Autonomía, recaen en el Gobierno Vasco, puesto que la LTH no atribuye ninguna competencia, ni de desarrollo normativo ni de ejecución, a los Órganos Forales de los Territorios Históricos y, a tenor de su artículo 6, es de competencia de las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma la legislación y la ejecución de todas aquellas materias que no se reconozcan o atribuyan en el Estatuto de Autonomía, en la propia LTH o en otras normas posteriores, a los Órganos Forales de los Territorios Históricos.
- En el ámbito de los servicios sociales, en cambio, el marco competencial es mucho más complejo:
 - Por un lado, la Ley de Territorios Históricos, en su artículo 7 c), atribuye a los Órganos Forales únicamente la competencia de ejecución de la legislación de las instituciones comunes, sin perjuicio de la acción directa de estas últimas, quedando así atribuidas al Gobierno Vasco la potestad reglamentaria y la mencionada acción directa.
 - Por otro, sobre ese núcleo básico de reparto, la Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales, actualmente vigente, introduce, de acuerdo con lo

.../...

(en particular, en el presente caso, cabría mencionar los de asistencia social y servicios sociales). Así, la jurisprudencia constitucional exige que la regulación estatal de las condiciones básicas deje un margen dentro del cual las Comunidades Autónomas puedan ejercer sus competencias sectoriales (lo que resulta facilitado por la naturaleza de la regulación de que aquí se trata).

La articulación entre uno y otro ámbitos competenciales trata de operarse, en la regulación proyectada, a través de mecanismos de cooperación y coordinación, lo que no resulta objetable y facilita el respeto, por parte del Anteproyecto, de las competencias autonómicas. Esos mecanismos de cooperación y coordinación en relación con actuaciones procedentes de las distintas Administraciones públicas, y orientadas a facilitar el disfrute efectivo, por las personas en situación de dependencia, de los derechos que la Constitución reconoce a todos los ciudadanos, tienen especial sentido dados los llamamientos que a todos los poderes públicos se hacen desde los artículos 49 y 50 de la Constitución. (...)

previsto en la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local, en la distribución competencial un tercer nivel, el de las administraciones municipales, a quien se atribuyen competencias de ejecución, añadiendo así, en aras del principio de proximidad a la ciudadanía, complejidad a la organización. El reparto competencial definido por esta normativa es el siguiente:

**Distribución competencial
en la Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales**

*Gobierno
Vasco*

- Iniciativa legislativa.
- Potestad reglamentaria.
- Planificación general de los servicios sociales en coordinación con las Diputaciones forales y los Ayuntamientos.
- Coordinación de las actuaciones de las administraciones públicas y de la iniciativa privada concertada.
- Ordenación de los servicios sociales y establecimiento de las normas de autorización, concertación, homologación e inspección.
- Creación, mantenimiento y gestión de aquellos programas, centros o servicios incluidos en la competencia de acción directa del Gobierno.
- Inspección y ejercicio de la potestad sancionadora respecto de las entidades vinculadas a la competencia de acción directa del Gobierno.
- Planificación, coordinación y diseño de las estadísticas de servicios sociales.
- Creación y mantenimiento del Registro General de Servicios Sociales.
- Tutela de las fundaciones y las relaciones administrativas respecto a otras entidades de carácter benéfico-asistencial que presten servicios sociales dentro del ámbito territorial de la CAPV.
- Estudio e investigación de las causas de los problemas sociales, así como de los medios para atajarlas.

*Diputaciones
forales*

- Potestad reglamentaria, para la organización de sus propios servicios.
- Programación de los servicios sociales en su ámbito territorial.
- Creación, mantenimiento y gestión de los servicios sociales especializados.
- Inspección y control de los programas, centros y servicios de su titularidad y de los municipales que reciban aportaciones económicas forales específicas, así como de los privados radicados en su territorio.
- Estudio y determinación de las necesidades a cubrir dentro de su territorio y programación escalonada de los recursos necesarios para atenderlas, en coordinación con los Ayuntamientos.
- Asistencia técnica y asesoramiento a los Ayuntamientos y demás entidades locales, así como a la iniciativa privada concertada, en materia de servicios sociales.
- Promoción de la participación de los Ayuntamientos, así como de las personas usuarias, de las organizaciones de las mismas y de los profesionales, en la gestión y desarrollo de los servicios sociales de su ámbito competencial.
- Promoción y fomento de servicios sociales municipales mancomunados.
- Autorización y homologación de los servicios y centros de naturaleza privada radicados en su territorio.
- Creación y mantenimiento del Registro Foral de Servicios Sociales.
- Mantenimiento de estadísticas actualizadas de necesidades y servicios en materia de servicios sociales, en el ámbito de su territorio.
- Ejercicio de la potestad sancionadora en el ámbito de su competencia.

**Distribución competencial
en la Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales**

Ayun-
tamientos

- Creación, organización, gestión y reglamentación de los servicios sociales de base (obligación impuesta a todos los Ayuntamientos, por sí o asociados), debiendo responder su implantación y ubicación a las necesidades detectadas, atendiendo a criterios de descentralización, flexibilidad y proximidad a la ciudadanía.
- Programación municipal de los servicios sociales, de acuerdo con lo establecido en la planificación general del Gobierno y la programación de las respectivas Diputaciones forales.
- Promoción de la solidaridad y la participación ciudadana en los programas de los servicios sociales municipales.
- Detección de las necesidades sociales en su municipio.
- Promoción y realización de investigaciones y estudios sobre la problemática social a nivel municipal, así como de las necesidades y recursos existentes.
- Inspección y control de los servicios sociales de su competencia.
- Ejercicio de la potestad sancionadora respecto a los servicios sociales de su competencia.
- Creación, en todos los municipios con población superior a 20.000 habitantes, de servicios destinados al acogimiento de urgencia para atender situaciones críticas determinadas por la carencia de alojamiento o por graves conflictos convivenciales, así como centros que favorezcan la convivencia social y la solidaridad entre los/as ciudadanos/as.

Con posterioridad a la Ley de 1996, diversos acuerdos interinstitucionales condujeron a la aprobación del Decreto 155/2001, de 30 de julio, de determinación de funciones en materia de servicios sociales que pretendía clarificar el reparto funcional entre las administraciones públicas vascas, aunque principalmente entre las Diputaciones forales y los Ayuntamientos, basándolo en dos principios básicos que debían regir su aplicación:

- El primero de ellos señala que las distintas funciones corresponden, en principio, a una única administración, debiendo entenderse esta unidad funcional sin perjuicio de que, en conformidad con el artículo 14 de la Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales y con el fin de mejorar la gestión pública, las administraciones públicas competentes puedan delegarse o encomendarse la prestación o gestión de sus servicios. Esta previsión también debe entenderse sin perjuicio de que las administraciones públicas se rijan por el principio de cooperación entre sí y de coordinación y cooperación con la iniciativa privada, para poder atender las necesidades sociales.
- El segundo principio viene dado por la adopción del grado de dependencia como criterio para el reparto competencial entre las Diputaciones forales y los Ayuntamientos. Así, al regular las funciones de aquéllas, el artículo 3 señala que *“en el caso de las personas mayores de 60 años, la atención y cuidado de las personas que tengan la calificación de dependientes corresponderá a las Diputaciones forales”* y en el artículo 4, regulador de las funciones municipales, se estipula que la atención y cuidado de las personas mayores de 60 años que no tengan la calificación de dependientes corresponderán a los Ayuntamientos, asignándose en todos los casos la función de valoración de la dependencia a las Diputaciones forales.

Este es, en la actualidad, el marco competencial vigente en materia de servicios sociales. Este panorama, no obstante, podría verse parcialmente modificado en un futuro no

muy lejano con la aprobación de una nueva Ley reguladora de esta materia, de la que el Anteproyecto ya se encuentra en curso de tramitación.

1.3. LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN EL MARCO NORMATIVO

1.3.1. *Aspectos jurídico-conceptuales básicos en relación con la coordinación administrativa*

La coordinación es un concepto amplio, ambiguo, difícilmente precisable, sobre el que existen variadas acepciones, como no es infrecuente con los conceptos referidos a las relaciones jurídicas generadas en el marco de la organización administrativa: desde esta óptica, puede considerarse bien como un resultado de la acción administrativa, bien como un método de actuación inherente a la actuación pública, o incluso como un tipo de potestad o de competencia, pero constituye, ante todo, un principio general de la organización administrativa.

En efecto, existe en nuestro ordenamiento jurídico, una acepción amplia de la coordinación entre poderes públicos, susceptible de englobar diversas formas de relación. A ella se ha referido el Tribunal Constitucional en numerosas ocasiones; uno de sus primeros pronunciamientos al respecto se dio en Sentencia 32/1983, de 28 de abril, y en ella señalaba que: *«La coordinación persigue la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto del sistema, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían respectivamente la realidad del sistema»*. Para conseguir esa finalidad, *«la coordinación general debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades (...) estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema...»*

Así formulada, la coordinación constituye un principio general del Derecho y, como tal, presenta funciones varias: una función informadora del ordenamiento; una función interpretativa y, finalmente, una función supletoria.

Con esta acepción genérica –recogida, en su vertiente administrativa, en el artículo 103.1 CE– coexiste otra más estricta que denomina coordinación a una de las manifestaciones primarias de ese principio general del Derecho, diferenciándola así de otras técnicas de colaboración o cooperación administrativa:

- La coordinación, en sentido estricto, es una potestad atribuida a un ente u órgano público –que actúa como coordinador– para garantizar la acción coherente de otros órganos entre ellos o de estos otros con aquél. Como tal, y como explicita el Tribunal Constitucional en numerosas sentencias, *«implica un límite efectivo al ejercicio de las competencias»* de los órganos o entes públicos coordinados y, en consecuencia, debe venir *«amparada en la pertinente atribución competencial»*. Eso es lo que ha llevado a afirmar, desde determinadas ópticas, que la coordinación es una competencia pública.

La potestad de coordinación, de acuerdo con el alto Tribunal, *«conlleva un cierto poder de dirección, consecuencia de la posición de superioridad en que se*

encuentra el que coordina respecto al coordinado», que, sin duda, conviene atemperar, en la práctica, mediante el debate y el consenso entre las instancias administrativas implicadas, de las medidas a adoptar, tanto con el fin de ponderar mejor los distintos intereses públicos en concurrencia como para reforzar la eficacia de esas medidas. En cualquier caso, a diferencia de la jerarquía, la coordinación no es incompatible con la autonomía, sino un límite a su ejercicio.

- La cooperación o colaboración, a diferencia de la coordinación, presupone una relación de igualdad entre las administraciones u órganos que intervienen. Lo anterior no significa que sólo se aplique a las relaciones entre administraciones que se encuentren en el mismo nivel o a las relaciones entre órganos entre los que no existe relación jerárquica, sino que, en su marco, ninguna de las partes se subordina a la otra. A través de las fórmulas de cooperación y colaboración no se limita, ni se condiciona la capacidad decisoria de las partes que cooperan, tanto si la asumen de forma voluntaria, como si colaboran obedeciendo a un mandato normativo. Ello explica que el Tribunal Constitucional haya declarado que es un deber general de todas las administraciones públicas para con las demás, que no necesita justificarse en preceptos constitucionales o títulos competenciales concretos²⁰. Lógicamente, esta argumentación y esta doctrina puede extenderse a las relaciones entre diferentes unidades administrativas dentro de una determinada administración.

1.3.2. **La atención sociosanitaria en la normativa estatal**

La no atribución de competencias al Estado en materia de asistencia social y servicios sociales es la que ha determinado, lógicamente, que las disposiciones normativas estatales que aluden directamente a la atención sociosanitaria o, cuando menos, a la coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales, sean escasas y poco ambiciosas.

El núcleo del cuerpo normativo sanitario, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, cuyo principal objeto es la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución, introduce algunas referencias tendentes a adoptar un concepto amplio de protección de la salud: alude así, en su artículo 18.2, a un conjunto de acciones curativas integradas, incluidas aquellas que tienden a la prevención de la salud, y este carácter integrado se vuelve a recoger más extensamente en el artículo 46 b) cuando explicita que una característica primordial del sistema nacional de salud es la “*organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, como de la curación y rehabilitación*”. No alude, sin embargo, de forma expresa a las funciones de cuidado cuando las mismas no pueden aspirar a la curación o a la rehabilitación, como es el caso en el ámbito de los cuidados de larga duración asociados a las enfermedades crónicas y, en muchos casos, a las situaciones de dependencia asociadas a la discapacidad y a la vejez y, en cuyo marco, la estrecha colaboración con servicios de otros ámbitos, en particular con los servicios sociales, resulta indispensable.

Alude, en cambio, a dicha coordinación al regular la atención en el campo de la salud mental, estableciendo en su artículo²⁰:

²⁰ Entre otras muchas, Sentencia 18/1982, de 4 de mayo.

“Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

(...)

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.”

Las necesidades de coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales se vuelven a visibilizar, algunos años más tarde: primero, en el Plan Gerontológico de 1993 y, en diciembre de ese mismo año, en un Acuerdo Marco entre el Ministerio de Asuntos Sociales y el Ministerio de Sanidad, para el impulso y el desarrollo de programas de actuación coordinada para diversos colectivos, entre otros las personas mayores y a las personas con discapacidad. Esta colaboración se materializó en la creación de un grupo de expertos y en la puesta en marcha de experiencias de coordinación sociosanitaria en tres Comunidades Autónomas. Estas iniciativas y los avances que se derivan de ellos hicieron posible la elaboración de dos documentos referenciales en la materia, titulados, respectivamente, «Bases para la Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores» (1993) y «Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las personas mayores» (1995), que perseguían la estructuración de un modelo de base comunitaria susceptible de garantizar la continuidad entre los diferentes niveles de cuidados, y fundamentado en los principios de integridad, interdisciplinariedad y rehabilitación.

Ambos documentos se mostraron más explícitos y más progresistas que el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que en su disposición adicional cuarta se limitaba a establecer, en relación con la coordinación sociosanitaria, que *“la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones públicas correspondientes a los servicios sanitarios y sociales”*.

Dos años más tarde, el Acuerdo del Congreso de los Diputados sobre “Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud” de 18 de diciembre 1997 se posicionó en relación con la construcción de la atención sociosanitaria, al instar al Gobierno, en su recomendación tercera a *“instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria”*, en los siguientes términos:

“Ante los significativos cambios demográficos –derivados del aumento de la esperanza de vida y la baja natalidad–, y los patrones de morbilidad que se observan en España,

la Subcomisión considera necesario impulsar, en coordinación con los responsables de la política social, iniciativas sociosanitarias, que, entre otras, se concretan en:

- a) Diferenciar las prestaciones sanitarias de las actividades asistenciales de carácter estrictamente social. La Subcomisión recomienda la fijación, por ley, de los criterios de diferenciación, considerando sociales –y no sanitarias– aquellas prestaciones que supongan la sustitución o colaboración del apoyo familiar y/o autocuidado, las de carácter residencial y las paliativas de dificultades económicas.
- b) Promover el desarrollo de una red de asistencia sociosanitaria que, bajo los principios de descentralización administrativa, participación social y contribución económica de los usuarios de la asistencia –en función de la capacidad económica y del tipo de asistencia que se preste– esté dotada de unidades especializadas de asistencia en régimen abierto, y de media y larga estancia, y fomente la creación de nuevas alternativas asistenciales de acogida familiar y ayuda a domicilio.
- c) Coordinar a las administraciones sanitarias y sociales en la organización y mantenimiento de una red sociosanitaria.
- d) Estructurar dentro de la asistencia sanitaria pública una adecuada red de centros de atención a la salud mental.
- e) La Subcomisión entiende necesario involucrar a la sociedad, en su conjunto, y a las familias, en particular, en la atención sociosanitaria. En este sentido, la Subcomisión insta al Gobierno a:
 - Promover incentivos para las asociaciones de pacientes y las organizaciones de voluntariado social.
 - Fomentar la iniciativa social en el sector, –mediante la apertura de líneas de créditos blandos para infraestructuras, planificación de la intervención pública y apoyo a la gestión de los centros–, y
 - Reconocer de forma efectiva el papel asistencial de las familias en la dedicación personal que prestan sus miembros a los enfermos crónicos y a los ancianos.”

Por esas mismas fechas, el Plan Estratégico del INSALUD dedicaba dos apartados a la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, en los siguientes términos:

“E.1. Coordinación de servicios sanitarios y servicios sociales.

La sociedad demanda cada vez más servicios que se incluyen dentro del campo sociosanitario. Estos servicios actualmente se están prestando desde distintos dispositivos tanto sanitarios como sociales, pero no siempre con una adecuación del recurso utilizado.

Estos procesos requieren una atención diferente a la que se presta en un hospital de agudos o en una residencia asistida tradicional, y el abanico de posibles soluciones es amplio y a su vez ubicado en distintas administraciones, por lo que se realizarán esfuerzos en la coordinación de la atención sociosanitaria entre las distintas administraciones que posean recursos sanitarios y/o sociales.

Esta coordinación ha de ser interdisciplinar, con participación de todos los profesionales del sistema, integrando todos los servicios disponibles, cuyo papel quedará bien definido y todo ello conectado con los recursos sociales de base.

La atención de estos pacientes requiere una especial coordinación entre todos los profesionales de Atención Especializada y Atención Primaria, para facilitar la imprescindible continuidad en la asistencia.

E. 2. Atención primaria responsable de la coordinación sociosanitaria.

La Atención primaria pasará a convertirse en el eje central de la coordinación sociosanitaria, dado que la mayoría de estas demandas no deben ser solucionadas en hospitales de agudos, y sí deben plantearse soluciones dirigidas a impulsar la reinserción y posterior mantenimiento de estos pacientes en su propio medio.

Desde Atención primaria se establecerá una conexión estrecha, permanente y operativa con los servicios sociales y cuando proceda con la Atención especializada.

Se priorizará en los equipos de atención primaria la atención domiciliaria de enfermos geriátricos, crónicos avanzados, paliativos, etc., de forma que estos programas estarán fijados en las carteras de servicios de todos los equipos de Atención Primaria, pactando con cada uno, en sus contratos de gestión, un grado mínimo de cumplimiento.

La enfermería de los equipos de atención primaria adoptará un papel importante en la atención domiciliaria de estos pacientes.”

Al año siguiente, en 1998, la Subsecretaría de Sanidad y Consumo y la Secretaría General de Asuntos Sociales a través del IMSERSO, optaron por impulsar la configuración de un modelo de atención sociosanitaria que tuviese unas bases comunes. Para ello se constituyó un grupo de expertos que tenía por misión la elaboración de un informe que el Ministerio de Sanidad, desde su Dirección General de Planificación Sanitaria publicó en el año 2001 bajo el título “Bases para un modelo de atención sociosanitaria”, y que pretendía servir de guía tanto a las Comunidades Autónomas como al Ministerio de Sanidad en la elaboración de sus planes y estrategias de política sociosanitaria. Los elementos de consenso que se definían en este documento de propuesta de un modelo sociosanitario eran los siguientes:

“Este modelo de atención ha de ser:

- *GLOBAL, afectando a todos y cada uno de los ámbitos de actuación en los que estén implicados los recursos destinados a prestar esta atención.*
- *INTEGRAL, considerando el abordaje de los cuidados de las personas dependientes, tanto desde los aspectos físicos, psíquicos como sociales y económicos que inciden de una u otra forma en la pérdida de autonomía de la persona, precisando del apoyo institucional, personal (familiar, voluntariado o profesional), o económico. Dentro de este abordaje integral, debe incluirse la atención al cuidador principal de la persona dependiente.*
- *MULTIDISCIPLINAR, implicando en los cuidados a los diferentes profesionales que a lo largo del curso de la enfermedad intervienen en cualquiera de sus procesos diagnósticos, preventivos, de valoración de la dependencia, hasta aquéllos que planifican el tratamiento, valoran los resultados y rehabilitan al ciudadano en su entorno de la forma más eficaz posible para la mejora de sus salud.*
- *ACORDE CON EL MODELO ASISTENCIAL SANITARIO Y SOCIAL, del entorno de la persona dependiente. Un modelo de atención sociosanitaria discrepante en su estructura o desarrollo con los modelos sociales y sanitarios existentes en España generaría una serie de problemas que lo haría inviable.*
- *EQUITATIVO, en el desarrollo territorial de los recursos y ACCESIBLE a todos los ciudadanos de acuerdo con el nivel de dependencia de cada persona.*
- *El modelo que se plantea tiene la capacidad de adaptarse individualmente y ser FLEXIBLE para la atención apropiada en el momento oportuno.”*

En fechas más recientes, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, daba un paso más, aunque muy tímido, en el desarrollo de esa materia en el cuerpo normativo estatal, definiendo, en su artículo 14, la prestación sociosanitaria como «*la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social*». Dicha Ley establece las actuaciones que, desde el ámbito sanitario, se han de asumir—cuidados sanitarios de larga duración; atención sanitaria de convalecencia, y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable—y añade que “*la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes*”.

En virtud de lo anterior, el Real Decreto 1.030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización incluye diversas referencias, muy sucintas, a la intervención coordinada de los servicios de salud y de los servicios sociales en diferentes áreas de atención:

- atención comunitaria;
- atención domiciliaria a pacientes inmovilizados;
- atención a las personas mayores en riesgo, en cuyo marco se prevé una valoración clínica, sociofamiliar y del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria que conlleva la elaboración de un plan integrado de cuidados sanitarios y la coordinación con atención especializada y los servicios sociales, con la finalidad de prevenir y atender la discapacidad y la comorbilidad asociada;
- atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas;
- detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en personas menores de edad, personas mayores y personas con discapacidad, previéndose la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran y, si procede, a los servicios sociales;
- atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada, en cuyo marco se prevé el “*seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado*”.

La más reciente previsión de la normativa estatal en materia sociosanitaria, también muy breve, viene de la mano de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que, ya en su artículo 3, dedicado a los principios, incluye entre ellos “*la colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales*”. En el articulado también se recoge esta necesidad, cuando, al regular el servicio de prevención de las situaciones de dependencia, en el artículo 21 establece que “*tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enferme-*

dades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos. Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores”.

Es un tratamiento muy limitado, más escaso, sin duda, del que, en principio, correspondería a un texto específicamente centrado en la regulación de la atención a situaciones de dependencia, si bien esta limitación se deba, probablemente, al hecho de que el artículo 149.1.1^º no autoriza al Estado a regular, en ningún caso, aspectos organizativos de las Comunidades Autónomas, especialmente si la materia es competencia exclusiva de éstas.

1.3.3. La atención sociosanitaria en la normativa autonómica y en los convenios interadministrativos

1.3.3.1. La evolución hacia un modelo de atención sociosanitaria

El tratamiento de la atención sociosanitaria y, más en general, de la coordinación entre servicios de salud y servicios sociales en la normativa autonómica, también ha sido tímido, como en el caso estatal, aunque se observe cierta evolución en los últimos años. Interesa apuntar, brevemente, los aspectos esenciales de ese proceso evolutivo.

La Ley 9/83, de 19 de mayo, de Servicio Vasco de Salud-Osakidetza no alude a la cuestión más que de forma indirecta cuando, en su disposición adicional tercera, prevé la posibilidad de que las Juntas comarcales y municipales de salud puedan unificarse con los Consejos de Bienestar Social a iniciativa de los Ayuntamientos y de la Junta Vasca de Salud, debiendo las Juntas resultantes integrar las representaciones respectivamente previstas en la propia Ley 9/83 y en la normativa de Servicios Sociales.

Casi quince años después, la Ley 8/97, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, que supuso la derogación de la anterior, es más contundente y regula las relaciones entre ambos sistemas, en su artículo 3, dedicado a la delimitación del marco institucional de la salud, señalando a este respecto que *“se establecerán los cauces necesarios de cooperación con las administraciones públicas competentes en materia de servicios sociales al objeto de garantizar la continuidad en la atención a los problemas o situaciones sociales que concurran en los procesos de enfermedad o pérdida de la salud”*. Sin duda, esta referencia genérica no va más allá de la obligación general de cooperación que incumbe a las administraciones públicas, pero es significativo que este núcleo relacional aparezca en uno de los artículos definitorios del marco de actuación.

Algunos meses antes, la Ley 7/96, de 18 de octubre, de Servicios Sociales, había sido más explícita al definir el sistema de servicios sociales en su artículo 2:

“Enmarcado en la política general de bienestar social, el sistema de servicios sociales se coordinará y colaborará con aquellos otros servicios que, vinculados a la Administración e integrados en otras áreas, tengan por objeto alcanzar mayores cotas de calidad de vida o de promoción personal o Social, como lo son los servicios culturales, educativos, urbanísticos y ecológicos.

En este sentido, el sistema de servicios sociales actuará especialmente coordinado con los servicios sanitarios en aras de procurar la delimitación y desarrollo del espacio sociosanitario”.

Aunque siga tratándose de una referencia de carácter muy genérico, esta es la primera alusión normativa explícita al ámbito sociosanitario como ámbito diferenciado y común de actuación de los servicios sociales y de los servicios de salud, respondiendo así a una necesidad cada vez más evidente e insoslayable de reforzar la cooperación y la coordinación, al objeto de garantizar la calidad, el carácter integral y la continuidad de la atención requerida en determinadas situaciones, principalmente observables en colectivos muy vulnerables, en los que confluyen necesidades sanitarias y sociales.

Esa disposición normativa no hacía sino reflejar un lento proceso de articulación de ese ámbito conjunto de intervención que, desde 1993, había tenido sus primeras materializaciones en convenios bilaterales de actuación entre el Gobierno Vasco, competente en materia de Sanidad, y las Diputaciones forales, responsables de la prestación efectiva de servicios sociales especializados en su ámbito territorial²¹:

- **Año 1993.** Álava fue el Territorio Histórico pionero en la materia, mediante la firma, el 9 de marzo de 1993, del Convenio de Cooperación para Mejorar y Racionalizar la Cobertura de la Atención Psicogeriátrica. Interesa, sobre todo el texto preliminar, por cuanto que, por primera vez, se explicita la necesidad de proceder a múltiples intervenciones que, si bien a nivel formal competen preferentemente al ámbito de los servicios sociales o al sanitario, *“en la práctica, los destinatarios de estos servicios suelen presentar problemáticas mixtas cuyo abordaje requiere una visión global y un trabajo en común entre las Instituciones implicadas”*. Esa constatación es la que determina la necesidad de un acuerdo interinstitucional *“que refleje los criterios de intervención en las facetas de la atención psicogeriátrica que afectan a las Instituciones firmantes y la voluntad de las mismas de colaborar entre sí. El Convenio orienta las deseables actuaciones estructurales y organizativas a corto-medio plazo, que permitirán que cada sector se concentre en las materias que le son propias, dentro del marco actual de responsabilidades, así como una mayor coordinación entre ambos a la hora de abordar problemáticas mixtas. Además, sienta las bases para que los servicios correspondientes puedan adoptar a largo plazo una configuración más adecuada en beneficio de los usuarios y para que el esfuerzo conjunto de las administraciones públicas involucradas resulte más eficiente desde los puntos de vista social, sanitario y económico”*.

²¹ Aunque en el siguiente apartado se procede a relacionar, más detalladamente, los elementos esenciales de la construcción del espacio sociosanitario diferenciando las correspondientes al ámbito autonómico y a los tres Territorios Históricos, conviene aquí avanzar la cronología de algunos de ellos en la medida en que han contribuido a configurar el contexto jurídico de referencia en esta materia.

El Convenio concreta en sus estipulaciones los contenidos de esa coordinación:

- Delimita los cometidos sectoriales: el Departamento de Sanidad, a través del Servicio Vasco de Salud–Osakidetza, asumirá la atención psiquiátrica de las personas mayores que la precisen, concentrando sus esfuerzos en fórmulas prioritarias de atención y procurando, en ese sentido, aumentar la atención psicogeriatrica ambulatoria y domiciliaria, así como desarrollar el apoyo psiquiátrico a los servicios residenciales, mediante la progresiva habilitación de los recursos oportunos; por su parte, la Diputación Foral de Álava, a través del Instituto Foral de Bienestar Social, asumirá la atención social de las personas mayores que la precisen, incluyendo la de quienes, padeciendo problemas psicogeriatricos, no planteen problemas de convivencia ni requieran un control clínico permanente.
 - Dimensiona los recursos que deben arbitrarse para garantizar dicha atención desde ambos sistemas.
 - Adopta medidas para garantizar el aprovechamiento de los recursos disponibles para facilitar el descanso de las y los familiares que habitualmente asumen la atención de la persona mayor.
 - Establece el compromiso de agilizar los traslados entre ambos sectores cuando se estimen oportunos: así, desde el ámbito de la salud, se garantizará la cobertura psiquiátrica inmediata en las instalaciones sanitarias de las crisis que puedan presentar las personas mayores ingresadas en servicios residenciales dependientes de Bienestar Social o que se encuentren a la espera de acceder a los mismos, declarando prioritario el ingreso de estos casos; desde los servicios sociales, se agilizará la admisión en las instalaciones de personas atendidas en centros sanitarios cuyo problema sea eminentemente social.
 - Establece las fórmulas para el intercambio de personas indebidamente internadas en los servicios de uno u otro sector de atención y crea una Comisión conjunta de valoración de casos, de carácter mixto y paritario, para proceder tanto a dichos intercambios como a los nuevos ingresos.
 - Adopta medidas de coordinación intersectorial con el objeto de prestar el apoyo necesario a las y los familiares que conviven con pacientes psicogeriatricos, comprometiéndose la Administración sanitaria a desarrollar progresivamente la atención domiciliaria como función propia de la enfermería psicogeriatrica y la articulación, desde el sector social, de diferentes tipos de ayudas e incentivos destinados a estas familias.
- **Año 1994.** Apenas un año después, se da un primer paso en Gipuzkoa, con la firma el 20 de octubre de 1994 del Convenio de Cooperación entre el Servicio Vasco de Salud– Osakidetza y la Diputación Foral de Gipuzkoa para la Asistencia Sanitaria en las Residencias de la Tercera Edad, en cuyo marco se establece, por primera vez en la CAPV, una fórmula de compensación de los gastos sanitarios incurridos en servicios de naturaleza social.
 - **Año 1996.** Ese año fue testigo de un importante avance hacia la construcción del ámbito sociosanitario: el establecimiento de un Acuerdo-Marco de Colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Sa-

lud, y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para la Cobertura de las Necesidades Sociosanitarias en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, fechado el 20 de mayo. Este es el primer acuerdo que trasciende los ámbitos específicos o sectoriales de colaboración, centrados en servicios y colectivos muy definidos, para establecer un marco general de coordinación entre el sector sanitario y el sector de los servicios sociales. El Acuerdo-Marco, tras reconocer la existencia de zonas próximas o de contacto donde las fronteras entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales “*son indefinidas o inexistentes porque pueden afectar a cualquiera de las dos o a ambas indistintamente*”, manifestaba que si bien en estos casos la actuación coordinada de las instituciones resulta imprescindible para la solución eficaz de los problemas, existen dificultades objetivas que dificultan dicha coordinación: por un lado, ni la normativa sanitaria ni la de servicios sociales prevén mecanismos de coordinación que permitan articular ambos sistemas; por otro, los modelos de financiación son esencialmente diferentes entre sí, tanto en la participación de la persona usuaria como en el diferente grado de función redistribuidora asignado a cada uno de ellos, dificultando una circulación fluida de las personas entre ambos sistemas. El Acuerdo-Marco pretende contribuir a esta coordinación que se concretará en convenios específicos y particulares que recogerán los objetivos a seguir, los recursos necesarios para ello y los órganos responsables de su aplicación en las diferentes áreas en las que se establezcan programas de acción conjunta²².

Los principales objetivos de la formalización de dicho Acuerdo-Marco eran:

- Garantizar la prestación de todos los servicios sanitarios y sociales que necesiten los colectivos afectados por problemas sociosanitarios.
- Articular adecuadamente los servicios domiciliarios y en régimen de internamiento de corta, media o larga estancia, de naturaleza sanitaria y social, para garantizar la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles y redes existentes, ordenando debidamente la oferta de recursos, la demanda de servicios y el flujo de pacientes.
- Establecer un sistema integrado y homogéneo de información a la ciudadanía posibilitando una más eficaz utilización de los recursos existentes.
- Agilizar la tramitación administrativa para facilitar el acceso a un sistema desde el otro y la fluidez de circulación de las personas usuarias entre ambos sistemas.
- Delimitar con claridad las competencias y responsabilidades técnicas y económicas de cada uno de los sistemas sanitario y social, en los problemas de carácter sociosanitario en que intervengan ambos.
- Promover programas de iniciativa común y corresponsabilidad asistencial y económica, de acuerdo con sus competencias respectivas.

²² En ellos destacan, a título meramente enunciativo, los siguientes: personas mayores de 65 años particularmente las afectadas por enfermedades invalidantes, con especial referencia a las demencias y aquellas situaciones de dependencia que requieren una atención sociosanitaria; personas afectadas por minusvalías físicas, psíquicas o sensoriales; personas adultas con enfermedades crónicas tanto físicas como psíquicas que requieran una atención sociosanitaria; personas con enfermedades terminales (fundamentalmente cáncer y SIDA); personas con toxicomanías en fase de tratamiento y reinserción social.

- Evitar ineficiencias en ambos sistemas eliminando duplicidades de recursos y la asunción de cargas impropias por inversión de funciones, cubriendo progresivamente las carencias e insuficiencias asistenciales graves que puedan existir y superando la descoordinación entre ellos.
- Desarrollar e impulsar de forma coordinada los diferentes aspectos de la valoración y orientación de las personas usuarias de ambas redes, necesitadas de atención sociosanitaria.
- Fomentar políticas de promoción y educación para la salud, así como aquellos aspectos preventivos y de reinserción comunitarios, en el ámbito sociosanitario.

Para la aplicación efectiva del Acuerdo, y como instrumentos operativos para la coordinación sociosanitaria, se establecieron una Comisión Territorial y una serie de comisiones sectoriales, destacando algunos ámbitos específicos de intervención para estas últimas que aciertan a delimitar los que todavía hoy son algunos de los principales problemas de la coordinación entre ambos sistemas:

- En el ámbito de las personas mayores, la atención sanitaria a quienes eran atendidas en servicios residenciales y el estudio de propuestas de creación de programas compartidos para la atención de personas mayores con problemas fronterizos entre la hospitalización y las residencias asistidas.
 - En el ámbito de la discapacidad, el estudio de los problemas existentes con entidades que tienen suscritos convenios con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y mantienen, al mismo tiempo, vinculaciones con Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales, así como el estudio de las posibilidades de coordinación o unificación entre comisiones de valoración y unidades de rehabilitación.
 - En el ámbito de la Salud Mental, el estudio de la problemática de las personas internadas en centros psiquiátricos que presenten una problemática de carácter social o pudieran ser beneficiarias de programas de externamiento, así como el análisis de la atención psiquiátrica a personas acogidas en residencias para personas mayores y la asistencia a personas enfermas de SIDA.
 - En el ámbito de la Atención Comunitaria, el estudio de la atención domiciliaria, tanto sanitaria como social, así como los problemas derivados a la atención a grupos marginales.
- **Año 1998.** Transcurridos dos años desde la firma del Acuerdo-Marco guipuzcoano, se alcanzaron tanto en Bizkaia –el 14 de mayo– como en Álava –el 16 de noviembre– acuerdos de naturaleza similar para la cobertura de necesidades sociosanitarias entre el Departamento de Sanidad, junto con el Servicio Vasco de Salud–Osakidetza, y las respectivas Diputaciones forales de los mencionados Territorios Históricos.
 - **Año 2000.** Tras cuatro años de vigencia, el 11 de mayo de 2000 el Departamento de Sanidad, junto con el Servicio Vasco de Salud–Osakidetza, y la Diputación Foral de Gipuzkoa, proceden a una primera evaluación de la aplicación del Acuerdo-Marco de 1996, y reafirman su voluntad de colaboración y su deseo de impulsar el desarrollo futuro del Acuerdo, creando, al efecto, la Unidad de Valoración y Orientación. A finales de año, y en aplicación del Acuerdo-Marco, se acuerda el Protocolo de

Actuación para la Atención Sociosanitaria de Personas Mayores Institucionalizadas con Trastornos Psiquiátricos, en Gipuzkoa, de 1 de diciembre de 2000, y el 28 de diciembre de ese mismo año el Convenio de Colaboración para la Asistencia Psiquiátrica Rehabilitadora en los Centros Ocupacionales para Enfermos Mentales en Gipuzkoa.

- **Año 2001.** Además de firmarse el Convenio de Colaboración para la Asistencia Sanitaria en Residencias de Personas Mayores de Gipuzkoa, de 6 de julio de 2001, en este año se elabora el denominado “Plan Sociosanitario de la CAPV. Informe de Situación de Partida” de octubre de 2001, que, si bien no prosperó, constituyó, impulsado desde el Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social, la primera iniciativa estructurada a nivel autonómico.
- **Año 2002.** El 31 de mayo se firma, en Gipuzkoa, el Convenio de Colaboración para la Asistencia Psiquiátrica Rehabilitadora en los Centros de Día Psicosociales para Enfermos Mentales Crónicos.
- **Año 2003.** También en Gipuzkoa, el 2 de julio de 2003, se alcanza el Convenio de Colaboración para la Asistencia Sanitaria en las Unidades Residenciales Sociosanitarias, de particular relevancia, por ser el primera acuerdo interinstitucional que da carta de naturaleza a servicios definidos como sociosanitarios, indicando que se trata de unidades específicamente diseñadas para proporcionar las prestaciones necesarias a personas en situación de dependencia que presentan necesidades intensas de cuidados sociales y sanitarios, en un espacio de transición entre la hospitalización sanitaria y la atención residencial social. No obstante lo anterior, señala que también podrán resolver la ubicación temporal de pacientes ingresados en centros hospitalarios cuando, a pesar de reunir criterios de alta clínica, dicha alta no pueda ser ejecutada por motivos sociosanitarios de diversa índole, así como garantizar la existencia de plazas a las que derivar, de forma urgente, por parte de Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales, casos de difícil permanencia en centros de la red de servicios sociales por confluir en ellos necesidades de atención sociosanitaria intensa y que, sin embargo, no sean susceptibles de hospitalización. En el marco de dicho Convenio se consideran, de forma específica, clientes potenciales de dichas unidades los siguientes grupos:
 - Personas con alta hospitalaria y expectativa de vida breve, que, sin embargo, no precisan ingreso en cuidados paliativos y que no pueden retornar a su domicilio, para las cuales no se considera adecuada una ubicación residencial tradicional.
 - Personas en periodo de convalecencia tras ingreso hospitalario, o que se encuentran en situación de salud frágil e inestable, sufriendo una condición de grave discapacidad física y/o psíquica, necesitando de cuidados asistenciales continuos y sanitarios frecuentes.
 - Personas mayores afectas de procesos demenciales en fase de agitación, con trastornos del comportamiento, agresividad, etc., que podrían distorsionar gravemente la actividad normal en un centro residencial.
 - Otras situaciones con requerimiento sociales y sanitarios intensos y que, sin embargo, no precisan hospitalización.

En materia de financiación, el Convenio establece que el Departamento de Sanidad compensará a la Diputación Foral de Gipuzkoa por el gasto que ésta realice en la atención sanitaria en estas unidades. Así, la financiación del coste de cada plaza se basará en considerar la existencia de un módulo sanitario que alcanza el 47% del coste/plaza y un módulo social con el 53% del coste/plaza, módulo social que será financiado entre Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales y la persona usuaria (si bien la participación económica de esta última sólo comenzará a partir del día 30 de estancia en el centro). Esta fórmula de financiación es indicativa de que el servicio, si bien se define como sociosanitario, no constituye un servicio creado, organizado y prestado conjuntamente, por ambas redes, sino un servicio con respecto al cual existe un acuerdo de financiación mixta, que permite la derivación al servicio desde ambas redes a través de la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria para proceder a su estudio y resolución.

1.3.3.2. Estructuración del modelo de atención sociosanitaria: el Convenio interinstitucional de 30 de enero de 2003 y el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008

Como se ha visto en el apartado anterior, hubo que esperar hasta comienzos de 2003 para que se firmara, con fecha de 30 de enero, el primer Convenio de Colaboración entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa y la Asociación de Municipios Vascos Eudel para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco que estableció las bases sobre las que, con posterioridad, ha podido estructurarse el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008, principal instrumento de referencia, en la actualidad, para las actuaciones en el ámbito autonómico. En su exposición preliminar, el Convenio Interinstitucional establece que:

“1.- La adecuada satisfacción de las necesidades de una parte de la población vasca en situación o riesgo de desprotección, demandante tanto de recursos sociales como sanitarios, exige la colaboración de las instituciones competentes a fin de posibilitar que dichas prestaciones que afectan a sistemas distintos sean ofrecidas en condiciones de eficacia y calidad máxima.

2.- Para ello, se considera necesario profundizar en el desarrollo del denominado espacio sociosanitario, que es concebido como un área de encuentro entre los recursos sociales y los recursos sanitarios, y, por ende, de los sistemas encargados de su gestión. En definitiva, la atención sociosanitaria, que implica el desarrollo de este nuevo espacio, supone la concurrencia e interacción de recursos, programas y servicios tanto sociales como sanitarios.

3.- El impulso de este espacio sociosanitario obedece a evidentes razones de calidad (a partir de la armonización y compenetración de las intervenciones), de eficacia (por su adecuación a las necesidades y problemáticas) y de eficiencia (para la asignación ágil y flexible de los recursos).

4.- La creación de este espacio sociosanitario exige la aproximación y coordinación administrativa, funcional, técnica y organizativa de las distintas instituciones públicas con competencias en cada una de las áreas implicadas. A tales fines, se crean órganos de encuentro y participación de dichas instituciones, en cuyo seno hayan de adoptarse las decisiones que definan el modelo de atención sociosanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco”.

Su principal objeto es la creación de la estructura organizativa que sustentará el modelo de atención sociosanitaria de la Comunidad Autónoma del País Vasco, desde los principios de respeto a la autonomía de gestión de cada una de las instituciones competentes, de consenso en la medida en que el modelo sociosanitario se concibe como un modelo de convergencia, de paridad y de proactividad, garantizando la actualización permanente de los sistemas y de sus mecanismos. Esta estructura organizativa, que se constituye en la piedra angular del ámbito sociosanitario, es la siguiente:

- Consejo vasco de atención sociosanitaria, de ámbito autonómico.
- Consejos territoriales de atención sociosanitaria, de ámbito territorial.
- Cuatro coordinadores de atención sociosanitaria: un coordinador autonómico y tres territoriales.
- Comisiones técnicas o sectoriales creadas en el seno de cada uno de los consejos, entre las que destacan las comisiones de valoración y orientación sociosanitaria de los tres Territorios Históricos.

En la delimitación de sus objetivos, aprovechando los avances realizados con anterioridad a nivel territorial, recoge literalmente los ya explicitados en el Acuerdo-Marco de 1996, de Colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para la cobertura de las necesidades sociosanitarias en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.

Para alcanzarlos, prevé la promoción de las siguientes estrategias:

- Creación de una estructura organizativa que sirva de encuentro entre las instituciones competentes.
- Mejora del conocimiento, cuantitativo y cualitativo, de las necesidades de los diferentes colectivos en situación o riesgo de desprotección, estableciendo unos procedimientos de valoración de la dependencia y un sistema fiable de información aplicables en toda la Comunidad Autónoma, que sirvan de base para una planificación y una gestión de la atención sociosanitaria homogénea y coherente en los tres Territorios.
- Planificación y desarrollo de los recursos alternativos a la institucionalización diversificando los recursos para adaptarlos a las necesidades individuales de las personas dependientes.
- Redimensionamiento y adecuación de los centros asistenciales actuales a los nuevos modelos de intervención así como su crecimiento acorde con las necesidades reales de los diferentes colectivos.
- Desarrollo de los servicios de apoyo a los cuidadores, tanto de carácter formal como informal.
- Potenciación de los servicios de reinserción social y laboral como forma de normalización de la vida de las personas dependientes.
- Adecuación de la protección social, las prestaciones económicas y las ayudas fiscales a la cobertura de la dependencia y a la eficacia para la promoción de nuevos recursos asistenciales.

- Establecimiento de exigencias de calidad y de criterios para su implantación, así como evaluación continua de las prestaciones.
- Fomento de la formación de las y los profesionales y del personal cuidador, formal e informal, en los conocimientos específicos exigidos para una correcta atención sociosanitaria.
- Desarrollo de programas de información y sensibilización social hacia los problemas que afectan a las personas dependientes y/o en situación de desprotección.

Sobre las bases establecidas por el Convenio interinstitucional de 2003, el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria elaboró el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco para un periodo de vigencia de cuatro años (2005-2008) como instrumento *“que le permita establecer, desde una posición de liderazgo, la filosofía y la política básicas de la atención sociosanitaria”*, así como identificar los retos fundamentales que se plantean y fijar los objetivos a conseguir en lo que se califica de periodo de lanzamiento y consolidación del Modelo Sociosanitario. Se constituye así en el marco referencial del modelo conceptual en el que deben encuadrarse las iniciativas territoriales, fijando, por un lado, los rasgos básicos de dicho modelo y, por otro, las acciones que hay que desarrollar para consolidar dichos rasgos y su contenido. No entra, en cambio, en la cuantificación de las necesidades asistenciales de los principales colectivos de personas con dependencia ni a planificar su realización, dejándose dicha labor, de acuerdo con la división competencial, a los órganos forales, en el marco de sus planes estratégicos, sus planes gerontológicos, sus mapas de servicios sociales y otros instrumentos sectoriales de desarrollo asistencial.

El Plan se estructura así en dos partes diferenciadas: la primera, de naturaleza conceptual, dedicada a la definición del Modelo de Atención Sociosanitaria preconizado para la Comunidad Autónoma, y la segunda, de carácter organizativo, orientada a la definición de objetivos estratégicos y a la planificación de las acciones necesarias para su consecución (en el Anexo I se ofrece un cuadro detallado de esta segunda parte).

Por lo que se refiere al marco conceptual, el Plan Estratégico confía al Sistema de Atención Sociosanitaria la misión de *“prestar la atención que requieren las personas que por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social, simultánea, coordinada y estable”*, siendo su objetivo último *“garantizar, al máximo número de personas en la CAPV, la prestación de servicios, tanto sanitarios como sociales, a los que tenga derecho, de acuerdo con sus necesidades asistenciales, mediante un sistema coordinado, integral e integrado, eficiente, efectivo y de calidad así como territorialmente equilibrado”*.

Tras asumir como suyos los principios básicos establecidos en el Convenio Interinstitucional del año 2003 –autonomía de gestión para las diferentes instituciones implicadas, consenso, composición paritaria de la estructura organizativa y actualización permanente de los sistemas–, el Plan explicita dos elementos esenciales para la definición del modelo:

- Por un lado, establece que la atención a las necesidades sociosanitarias se hará mediante la planificación conjunta y la unificación de los mecanismos de valoración y acceso a la atención, siendo, al efecto, imprescindible *“el encuentro del ámbito sanitario y del ámbito social en un espacio de comunicación y cooperación que articule la implicación necesaria de todas las administraciones”*.

- Por otro, y no obstante lo anterior, la atención debe ser asumida en su liderazgo y responsabilidad final por una de las dos partes, a la vez que debe ser prestada con una implicación mayor o menor de cada una de ellas, todo ello en función de dos variables, a saber, los perfiles de personas a atender y los servicios prestados, quedando el desarrollo de esta cuestión –es decir, la realización de una graduación de la implicación de cada una de las partes en la atención a prestar a los perfiles de personas a atender y una graduación del componente social o sanitario que tienen los principales recursos de atención para estos colectivos de personas– para un momento posterior.

El modelo así establecido es un modelo de coordinación de los sistemas sanitario y social, en contraposición a un modelo de integración; en otros términos, el Plan no promueve la creación de un espacio propio sociosanitario, dotado de servicios específicos constituyentes de una red diferenciada de la red de servicios de salud y de la de servicios sociales y con un sistema de financiación propio, sino que apuesta por un sistema no integrado, en el que sólo existen dos sistemas *“el social y el sanitario, con un fuerte solapamiento entre ambos desde una concepción integral de la persona”*. Desde esta perspectiva, los diferentes dispositivos deben adscribirse a uno de los dos sistemas, sobre la base del respeto a las competencias de cada una de las redes y de la necesaria integración funcional entre ellas para obtener las mayores sinergias de su actuación simultánea, coordinada y constante.

Dado lo anterior, era necesario resolver, entre los elementos básicos del modelo, la cuestión de la participación de la persona usuaria en la financiación de los servicios prestados en el marco de la atención sociosanitaria, cuestión particularmente delicada en un modelo en el que convergen los servicios de salud, de carácter universal y gratuito, y los servicios sociales que, en muchos supuestos, sí conllevan una participación económica por parte de la persona usuaria. El Plan opta por establecer unos criterios de participación en la financiación del coste de los servicios que no estén reconocidos como un derecho subjetivo universal y gratuito:

- a) La aportación debe tener relación directa con el coste del servicio recibido y con los recursos del usuario o sujeto pasivo y será siempre inferior al montante de sus rentas, de modo que siempre se garantice un mínimo vital a disposición de la persona usuaria.
- b) Ninguna persona puede quedar excluida de la prestación del servicio por carecer de recursos económicos.
- c) La calidad del servicio prestado no podrá ser determinada, en ningún caso, en función de la participación de las personas usuarias en el coste de dicho servicio.
- d) El cálculo de la aportación debe basarse en cálculos objetivos.
- e) Deben establecerse obligaciones económicas a quienes, teniendo patrimonio suficiente, no cubran la totalidad del precio público establecido.
- f) El ámbito de aplicación de las fórmulas aprobadas para el cálculo de la aportación será el autonómico.
- g) La aportación será revisada periódicamente, de oficio o a petición de parte, para adecuarla a la normativa vigente.

Finalmente, el modelo delimita el ámbito subjetivo de la atención sociosanitaria enumerando los colectivos susceptibles de beneficiarse de ese tipo de atención y aclarando que no se trata de una clasificación cerrada y que el objetivo único de esa ordenación es facilitar la estructuración de los mecanismos de actuación:

1. Personas mayores con dependencia	Personas con dependencia funcional elevada. Personas con demencias avanzadas. Personas con dependencia moderada o elevada y complejidad clínica.
2. Personas con discapacidad	Personas con discapacidad física (grandes discapacidades) invalidante. Personas con discapacidad intelectual con enfermedad mental asociada.
3. Personas con problemas de salud mental	Personas con enfermedad mental grave y cronicada. Personas con toxicomanías.
4. Personas con enfermedades somáticas crónicas y/o invalidantes	Personas con enfermedades neurodegenerativas. Personas con enfermedad orgánica. Personas con daño cerebral. Personas con patologías infecciosas emergentes.
5. Personas con enfermedades terminales	
6. Otros colectivos en riesgo de exclusión	Menores (especialmente menores maltratados, menores en situación de desprotección y menores con problemas de comportamiento). Mujeres víctimas de violencia de género. Población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y problemática social.

El hecho de considerar que estos colectivos son particularmente susceptibles de requerir atención sociosanitaria no significa que siempre sea este el caso; en muchos supuestos, sus necesidades se circunscribirán solamente a uno de los dos ámbitos de atención, sin que sea necesaria la intervención coordinada y simultánea de ambos.

Hasta la fecha de redacción del presente Informe, el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco constituye el principal instrumento de referencia en esta materia, complementado por aquellos otros dispositivos puestos en marcha en aplicación de dicho Plan, en particular: el diseño en común de un Catálogo de servicios sanitarios y sociales aplicados en el ámbito sociosanitario –que, si bien ya ha sido objeto de aprobación en mayo de 2006, se encuentra todavía pendiente de desarrollo–, la adopción del RAI como instrumento común de valoración o el protocolo de externalización de personas con enfermedades mentales crónicas, por citar algunos de los más relevantes.

Asimismo, han proseguido, a nivel territorial, los avances hacia la articulación del ámbito sociosanitario, en el marco definido por el Plan Estratégico, y en aplicación de los acuerdos-marco establecidos en la década anterior; en esta línea, destacan las recientes iniciativas desarrolladas en Bizkaia, que le han permitido alcanzar una situación comparable a la de los otros dos Territorios Históricos: la creación de la Comisión técnica de

valoración y orientación sociosanitaria en materia de personas mayores del Territorio Histórico de Bizkaia, por Decreto Foral 234/2006, de 26 de diciembre, y los convenios de colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, y la Diputación Foral de Bizkaia, para la prestación de los servicios sociosanitarios en las unidades residenciales sociosanitarias del Territorio Histórico de Bizkaia y para la asistencia sanitaria en las residencias de personas mayores de Bizkaia, ambos de 14 de marzo de 2007.

Este modelo definido por el Plan Estratégico no se verá muy alterado por las aportaciones de la nueva Ley de Servicios Sociales que se encuentra, en la actualidad, en curso de tramitación. El Anteproyecto otorga gran relevancia a la coordinación entre los diferentes sistemas y políticas públicas que coadyuvan a la consecución del bienestar social, siendo lo anterior de especial aplicación a la coordinación con el sistema sanitario, con el sistema educativo, con las políticas públicas de empleo e inserción laboral, de formación, de vivienda, y de garantía de ingresos e inclusión social.

Desde esa perspectiva, dedica, en su capítulo sobre cooperación y coordinación interadministrativa, un artículo a la cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario, y retoma, en su formulación, algunos de los elementos esenciales contenidos en el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco, adoptando, en particular su delimitación conceptual, la relación de colectivos susceptibles de ser atendidos en este ámbito de intervención y la estructura organizativa básica. Si, finalmente, el texto se aprobara en estos términos, el ámbito sociosanitario y su estructura de funcionamiento se enmarcarían, por primera vez, en un texto con rango de ley.

2. PRINCIPALES ELEMENTOS DEL ESPACIO SOCIOSANITARIO EN LA CAPV

Este apartado ofrece, como complemento del anterior referido al marco normativo en la CAPV, una descripción de los elementos básicos que conforman el espacio sociosanitario en los ámbitos autonómico y de los territorios históricos. Al objeto de facilitar la lectura y, sobre todo, de limitar la exposición a los datos básicos, esta información se presenta sintéticamente, en forma de tablas, que exponen los principales elementos; lógicamente, algunos de los aquí detallados, han tenido que ser ya referidos en la presentación cronológica incluida en el análisis del marco normativo, pero se ha preferido, para evitar confusiones, no obviar las correspondientes menciones en el presente apartado. Posteriormente, se analiza brevemente la información más relevante reflejada en las tablas descriptivas y se identifican las características más significativas en relación con la situación actual de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma.

Esta descripción pretende ofrecer una visión sintética del desarrollo de la colaboración sociosanitaria tanto a nivel autonómico como a nivel territorial, y sirve de complemento a las valoraciones obtenidas en el marco del estudio Delphi, presentadas en el apartado 3. Su contenido es, por lo tanto, puramente informativo, y evita, en lo posible, cualquier valoración o interpretación.

2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES ELEMENTOS DEL ESPACIO SOCIOSANITARIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO Y EN SUS TERRITORIOS HISTÓRICOS

La descripción de los principales elementos del espacio sociosanitario se articula en torno a cuatro grandes áreas:

- **Acuerdos, convenios y protocolos.** Se refieren en ese apartado los documentos consensuados por las administraciones públicas competentes en el área de la sanidad y de los servicios sociales, o en los que ambas partes han intervenido, para el desarrollo del espacio sociosanitario y, con ese fin, se realiza una breve descripción de cada documento y, en algunos casos, de sus implicaciones o resultados. Se refieren tanto los convenios vigentes como los no vigentes, debido a que interesa reflejar los antecedentes y, sobre todo, la evolución observada en este ámbito, habiéndose incluido la práctica totalidad de los convenios y acuerdos existentes, gracias, principalmente, a la información facilitada por quienes actúan como responsables de la coordinación de los consejos de atención sociosanitaria, dejándose de lado únicamente aquellos que, por su contenido, se estiman poco significativos. En cambio, no se recoge –pues se hubiera alejado de los objetivos e incluso de las intenciones de un estudio que pretende sólo situar la cuestión, relanzar su proceso de desarrollo y orientar sus avances– en qué medida se cumplieron por parte de las instituciones firmantes todas las disposiciones contenidas en esos acuerdos.

Se toman en consideración, por otra parte, algunas normas que, si bien han sido promulgadas desde el ámbito de los servicios sociales, recogen acuerdos previamente adoptados entre ambos sectores de atención.

Conviene tener presente en su lectura que, si bien se ha tratado de garantizar cierta homogeneidad en la información, no siempre ha sido posible debido a las marcadas diferencias en los datos obtenidos con relación a cada uno de los elementos referidos.

- **Órganos de coordinación.** Se detalla la información relativa a la composición y funciones de las diversas comisiones mixtas establecidas en el marco de los consejos de atención sociosanitaria.
- **Listado de recursos sociosanitarios.** Para determinar el carácter sociosanitario de los recursos, se ha utilizado el criterio establecido por la Comisión de Sistemas de Información del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (CVAS), que diferencia entre los recursos sociosanitarios “en sentido estricto” y los recursos sociosanitarios en “sentido amplio”, teniéndose básicamente en cuenta, para la elaboración de las tablas, los primeros, a saber, los derivados de acuerdos formales entre la red sanitaria y la red social, cuando se cumplen, al menos, dos de las siguientes condiciones: prestar simultáneamente servicios sanitarios y sociales; contar con un sistema de financiación mixto, acordado por ambas partes; contar con un sistema de acceso unificado o consensuado entre ambas partes.

Se ha incorporado también un apartado referido a “otros recursos” que incluye los que la mencionada Comisión califica de recursos sociosanitarios en sentido amplio,

es decir, “*programas sobre los que debe existir una especial vigilancia desde los órganos de coordinación sociosanitaria, por tratarse de los que configuran la zona fronteriza entre los sistemas social y sanitario*”. En general, se ha considerado que forman parte de este grupo aquellos recursos que reciben financiación procedente de ambos sistemas de atención sin que dichas aportaciones se basen en un acuerdo mixto de financiación, así como aquellos otros que se prestan, desde el ámbito de los servicios sociales, a colectivos que, casi por definición, presentan una problemática sociosanitaria cuando recurren a los servicios sociales –personas con problemas de drogodependencia, personas con VIH y personas con enfermedad mental, fundamentalmente–. En cualquier caso, por su propia indefinición, el listado de recursos sociosanitarios en sentido amplio no es exhaustivo.

- **Planes, estudios y evaluaciones.** En algunos casos se refieren también los planes, estudios o informes de evaluación utilizados como fuente de información y que, por su naturaleza y características, no podían equipararse a los acuerdos y protocolos, de carácter más normativo o imperativo.

2.1.1. Elementos básicos en la Comunidad Autónoma del País Vasco

ACUERDOS, CONVENIOS Y PROTOCOLOS. CAPV

-
- a) **Convenio de colaboración entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa y la asociación de municipios Eudel para el desarrollo de la atención sociosanitaria en la CAPV.**
- **Fecha:** 30 de enero de 2003.
 - **Contenido:** Crea la estructura organizativa para la definición del modelo de atención sociosanitaria de la CAPV a partir del respeto a la autonomía de gestión de las partes y de la actuación bajo el principio del consenso. Establece la creación del Consejo vasco de atención sociosanitaria y ratifica la existencia de los tres consejos territoriales, así como la figura de los coordinadores. Establece también un modelo de financiación de la atención sociosanitaria en virtud del cual el coste total de cada una de las prestaciones debe dividirse en dos módulos que representen respectivamente a los servicios sociales y sanitarios prestados.
 - **Resultados:** Supone el primer acuerdo sociosanitario de ámbito autonómico y el inicio del desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV. Sustituye a los convenios territoriales firmados en 1996 (Gipuzkoa) y 1998 (Álava y Bizkaia).
-
- b) **Acuerdo del Pleno del CVAS respecto a la adopción de un instrumento común de valoración de la dependencia y su modelo de gestión.**
- **Fecha:** 17 de febrero de 2005.
 - **Contenido:** El Pleno del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria aprueba el informe de la Comisión Técnica Autonómica sobre el instrumento de valoración de la dependencia y su modelo de gestión. Tras varias sesiones de debate, la Comisión recomienda la adopción del RAI (versión del 20%) y clasificador RUG III. El informe proponía además el establecimiento en cada territorio de una Comisión de valoración y orientación Sociosanitaria territorial. El Pleno acuerda la adopción de la herramienta y su utilización en los tres territorios a partir de primeros de 2006.
 - **Resultados:** La introducción de una nueva escala de obligada utilización en virtud de la promulgación de la Ley de Autonomía Personal (BVD) ha distorsionado el proceso de aplicación común previsto, de forma que las Diputaciones de Bizkaia y Gipuzkoa utilizan ambas herramientas (RAI RUG y BVD), mientras que la de Álava ha optado por utilizar únicamente la BVD.
-

ACUERDOS, CONVENIOS Y PROTOCOLOS. CAPV

c) Directrices y recomendaciones para la reubicación de personas ingresadas en hospitales psiquiátricos de gestión pública o privados concertados en disposición favorable para ser insertadas en la sociedad.

- **Fecha:** 17 de febrero de 2005.
- **Contenido:** El documento recoge una serie de recomendaciones genéricas que pretenden guiar el proceso de inserción de pacientes ingresados en centros psiquiátricos en alojamientos de la red de servicios sociales más acordes a sus necesidades, o, incluso, en sus propios domicilios. Describe el perfil de paciente susceptible de inserción a corto o medio plazo, enumera los dispositivos sanitarios y sociales en los que pueden ser reubicados, y detalla las directrices que deben seguirse para la orientación a los diversos dispositivos. Se fija como horizonte temporal del proceso el 31 de diciembre de 2009, se establece un modelo de financiación de las cargas económicas que se puedan generar y se establece, entre otras recomendaciones, la de crear en cada territorio una Comisión de extermio y reubicación, de carácter paritario, directamente dependiente de los consejos territoriales de atención sociosanitaria, así como una unidad de evaluación de casos, también de composición paritaria. El informe cifra en varios cientos el número de personas susceptibles de ser reubicadas en función de este acuerdo.
- **Resultados:** Los resultados del proceso de reubicación de personas ingresadas en hospitales psiquiátricos pueden considerarse ambiguos: si bien en los tres territorios se han realizado las tareas necesarias para la valoración y la identificación de personas susceptibles de ser ubicadas en centros de la red social, estableciéndose para ello los correspondientes grupos de trabajo mixtos, sólo en Bizkaia parece haberse producido el proceso de reubicación a buen ritmo, con varias decenas de reubicaciones a lo largo de los últimos años, fundamentalmente en centros residenciales para personas mayores.

d) Acuerdo relativo a la implantación de un sistema de información sociosanitaria.

- **Fecha:** 17 de febrero de 2005.
- **Contenido:** La comisión técnica creada para la elaboración del Sistema de información para la planificación y valoración de la atención sociosanitaria en la CAPV presentó en la fecha señalada una propuesta de sistema de información articulada en torno a un cuadro de mando, que recoge las principales variables que debería incorporar tal sistema.
- **Resultados:** No se han producido más avances tras la aprobación del sistema por parte del Pleno del Consejo vasco de atención sociosanitaria.

e) Directrices de actuación ante el fallecimiento de un ingresado en un centro residencial.

- **Fecha:** 10 de julio de 2006.
 - **Contenido:** El documento establece diez directrices expresas de actuación para los casos en los que se produce el fallecimiento de una persona ingresada en un centro residencial.
-

ÓRGANOS DE COORDINACIÓN. CAPV

a) Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. Constituye el órgano superior de coordinación de los sistemas sanitario y social de la CAPV. En él están representados, de forma paritaria, las instituciones sanitarias y las sociales. Presidido por el Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco, cuenta con diez miembros, cinco en representación del ámbito sanitario y cinco del ámbito de los servicios sociales. Desde su creación el 30 de enero de 2003, ha celebrado un total de nueve sesiones plenarios.

b) Comisión Técnica para la Elaboración del Plan Estratégico. El primer Pleno del CVAS establece la creación de una comisión encargada de impulsar la redacción del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la CAPV. Una vez aprobado el Plan, se establece la **Comisión de seguimiento y evaluación del Plan estratégico de desarrollo de la atención sociosanitaria**, del que forman parte cinco representantes del ámbito de la Sanidad y cinco del ámbito de los servicios sociales.

ÓRGANOS DE COORDINACIÓN. CAPV

- c) **Comisión técnica autonómica sobre el instrumento de valoración de la dependencia y su modelo de gestión.** Encargada desde 2003 de la elaboración del documento propuesta del instrumento común para la valoración de la dependencia, presentada en 2004 y aprobada en 2005, la comisión dejó de funcionar tras la aprobación de la propuesta y la organización de una serie de cursos de formación.
-
- d) **Comisión técnica para la definición de un sistema de información para la planificación y la valoración de la atención sociosanitaria en la CAPV.** Encargada desde 2003 de la elaboración del sistema de información y compuesta por ocho miembros, presentó su informe en 2005.
-
- e) **Comisión técnica para la reubicación de personas ingresadas en hospitales psiquiátricos.** El primer Pleno del CVAS estableció la creación de un grupo de trabajo para establecer una serie de directrices y recomendaciones para la reubicación de personas ingresadas en hospitales psiquiátricos en disposición favorable para ser reinsertadas en la sociedad. El grupo, compuesto por 14 miembros, presentó su propuesta de trabajo en 2005.
-
- f) **Grupo de trabajo sobre participación de la persona usuaria en el coste social del servicio.** El primer Pleno del Consejo vasco de atención sociosanitaria estableció la creación de un grupo de trabajo para el establecimiento de criterios de participación económica de las personas usuarias en la financiación de los servicios. El grupo de trabajo paralizó en 2005 sus reuniones por las dificultades intrínsecas del estudio en relación con la obtención de una visión real de la situación en la CAPV y por las importantes repercusiones políticas y sociales que pudieran derivarse, en los tres Territorios Históricos, de cualquier decisión sobre esta cuestión.
-
- g) **Grupo de trabajo para la elaboración de un protocolo de actuación ante el fallecimiento en un centro residencial.** Formado por ocho técnicos y técnicas que prestan servicios en el ámbito de la sanidad y de la atención residencial a las personas mayores, se encarga de la redacción del informe citado, aprobado por el Pleno del CVAS el 10 de julio de 2006.
-

PLANES, ESTUDIOS Y EVALUACIONES. CAPV

- a) **Plan Sociosanitario de la CAPV. Informe de situación de partida.**
- **Fecha:** Octubre 2001.
 - **Contenido:** Impulsado por los Departamentos de Justicia, Trabajo y Seguridad Social y de Sanidad del Gobierno Vasco, este informe-diagnóstico identifica las limitaciones y los déficits del modelo sociosanitario vigente en aquel entonces de cara a la elaboración de un Plan. Para su elaboración se estableció un grupo de trabajo interinstitucional con presencia de técnicos y responsables de los mencionados departamentos del Gobierno Vasco y de las tres Diputaciones. El documento presenta un plan estructurado por colectivos que no llegó a aplicarse, si bien algunas de sus consideraciones respecto al modelo sociosanitario fueron recogidas en el Plan Estratégico de 2005.
 - **Resultados:** Puede considerarse un primer intento de planificación del espacio sociosanitario desde el nivel autonómico que, si bien no llegó a consolidarse, establece un precedente para el Plan Estratégico vigente, adelantando algunos de sus elementos básicos.
-
- b) **Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008.**
- **Fecha:** 6 de abril de 2005.
 - **Contenido:** Define y consolida los principales elementos conceptuales y rasgos que constituyen el modelo de atención sociosanitaria de la CAPV, a través de la definición de estrategias estrictamente cualitativas. Establece un diagnóstico de la situación con una serie de áreas de mejora, unos objetivos estratégicos, un plan de acción y una serie de indicadores de seguimiento.

PLANES, ESTUDIOS Y EVALUACIONES. CAPV

- **Resultados:** En el periodo de redacción del presente informe, el Plan está aún vigente tras menos de dos años de vigencia, no habiéndose, en razón de su fase inicial, realizado hasta la fecha ninguna una evaluación de su impacto o grado de cumplimiento.
-
- c) **Catálogo de Servicios Sanitarios y de Servicios Sociales aplicados en el ámbito socio-sanitario en la CAPV.**
- **Fecha:** 3 de mayo 2006.
 - **Contenido:** Elaborado por un grupo de trabajo interinstitucional, el catálogo detalla un listado de servicios sociales y sanitarios presentes en al menos uno de los tres territorios de la CAPV. Se presenta como la base para la definición de una carta o cartera de servicios y prestaciones sociosanitarias. El informe detalla los colectivos necesitados de atención sociosanitaria y el catálogo de servicios sanitarios y sociales existentes en el ámbito socio-sanitario en la CAPV, describiendo el contenido de cada uno de ellos.
 - **Resultados:** El catálogo fue presentado ante el Pleno del Consejo el 10 de julio de 2006. Se optó por posponer su análisis, (según la información disponible, en el momento de la redacción del presente informe, no se ha retomado).

2.1.2. *Elementos básicos en el Territorio Histórico de Álava*

ACUERDOS, CONVENIOS Y PROTOCOLOS. ÁLAVA²³

- a) **Convenio de cooperación para mejorar y racionalizar la cobertura de la atención psicogeriatrica en el Territorio Histórico de Álava.**
- **Fecha:** 9 de marzo de 1993.
 - **Contenido:** Constituye uno de los primeros acuerdos sociosanitarios establecidos en la CAPV, centrado en el ámbito de la atención psicogeriatrica. De acuerdo con el texto suscrito, Osakidetza se compromete a ampliar en 70 camas el Hospital Psiquiátrico de Álava entonces en construcción, mientras el IFBS se compromete a ampliar su red de centros de día en 40 plazas y su red de centros de noche en 15 plazas. Ambas instituciones se comprometen también a agilizar los traslados entre sectores y al intercambio de personas indebidamente internadas en centros psiquiátricos y/o sociales. Se crea además la Comisión de valoración de casos, que funcionaría durante los siguientes catorce años en el ámbito de las personas mayores.
 - **Vigente:** No. Aunque el convenio es derogado tras la aprobación del convenio marco de 1998, se mantienen en vigor algunos de los convenios que derivan del mismo.
-
- b) **Convenio de cooperación para la utilización estacional de una parte del hospital de Leza con destino a sujetos con problemas psicogeriatricos.**
- **Fecha:** 29 de junio de 1993.
 - **Contenido:** Permite la utilización de una parte del hospital de Leza para estancias temporales de personas mayores dependientes en la época estival. Se establece una aportación económica por parte del IFBS, que además se compromete a dotar al hospital de personal para la atención directa de las personas usuarias del programa. Se acuerda que el hospital acoga a través de este sistema un máximo de 34 personas en cada momento, y se establece una estancia máxima de 30 días. El convenio se mantiene en vigor hasta el año 2004.
 - **Vigente:** No.
-

²³ Ya concluida la labor de redacción y revisión de este informe, se ha alcanzado entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Álava un acuerdo para la financiación de los gastos sanitarios realizados en los centros residenciales de atención a personas mayores. A fecha de cierre del informe, dicho acuerdo se encuentra pendiente de ser ratificado por las Juntas Generales de Álava.

ACUERDOS, CONVENIOS Y PROTOCOLOS. ÁLAVA²³

c) Convenio de colaboración para la realización de servicios sociosanitarios compensados.

- **Fecha:** 28 de julio de 1995.
 - **Contenido:** Establece un intercambio de servicios mediante el cual uno de los centros especiales de empleo del IFBS asume las labores de lavandería del hospital psiquiátrico de Álava a cambio del uso residencial de una serie de plazas en el hospital de Leza (15). El número de usuarios de esas plazas fue reduciéndose paulatinamente hasta enero de 2007, momento a partir del cual el IFBS deja de tener usuarios ingresados en ese centro. Dadas las dificultades que suponía el uso del hospital de Leza como centro residencial, se propone desde el IFBS sustituir esas 15 plazas por 8 nuevas plazas psicogeríatras en el Hospital Psiquiátrico, sin que se llegue a un acuerdo al respecto en el seno del Consejo Territorial.
 - **Vigente:** No.
-

d) Protocolo de Coordinación para la derivación y atención a ancianos entre la atención primaria de salud y los servicios sociales.

- **Fecha:** octubre de 1996.
 - **Contenido:** Se establece un protocolo de coordinación entre los centros de salud y los servicios sociales de base para la identificación de pacientes / personas usuarias en riesgo sociosanitario. La aplicación del protocolo decae con el tiempo, debido, fundamentalmente, a que, según las y los profesionales, la práctica totalidad de las personas usuarias en situación de riesgo sociosanitario se encuentran identificadas sin necesidad de recurrir al protocolo.
 - **Vigente:** No.
-

e) Convenio de cooperación para mejorar la rehabilitación y fisioterapia en la Rioja Alavesa.

- **Fecha:** 1997.
 - **Contenido:** Osakidetza pone a disposición del IFBS una serie de recursos personales y materiales para la prestación de servicios de fisioterapia y rehabilitación en el hospital de Leza, mientras que el IFBS financia la presencia de un médico rehabilitador un día por semana en el citado hospital.
 - **Vigente:** Sí.
-

f) Acuerdo marco entre el Departamento de Sanidad / Osakidetza y el Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava para colaborar en la cobertura de las necesidades sociosanitarias del Territorio Histórico de Álava.

- **Fecha:** 16 de noviembre de 1998.
 - **Contenido:** Actualiza y amplía el convenio de cooperación precedente (1993), extendiéndolo a todo el ámbito sociosanitario. Ratifica los convenios existentes, establece la estructura del espacio sociosanitario a nivel territorial y abre la puerta a nuevos convenios específicos. Es sustituido por el acuerdo marco establecido a nivel autonómico por el Gobierno Vasco, las tres Diputaciones y Eudel el 30 de enero de 2003.
 - **Vigente:** No.
-

g) Acuerdo Marco para la concertación de camas para uso sociosanitario en el Hospital Psiquiátrico de Álava.

- **Fecha:** 23 de abril de 1999.
 - **Contenido:** Desarrolla los aspectos contemplados en el convenio de cooperación de 1993 respecto a la concertación de camas en el Hospital Psiquiátrico de Álava. En virtud de ese acuerdo, el IFBS concierta ocho de las 116 camas psicogeríatras del hospital psiquiátrico de Álava.
 - **Vigente:** Sí.
-

h) Convenio de colaboración para la realización de necropsias clínicas a personas fallecidas en las residencias de personas mayores del IFBS y en el centro Etxebidea.

- **Fecha:** 14 de julio de 1999.

ACUERDOS, CONVENIOS Y PROTOCOLOS. ÁLAVA²³

- **Contenido:** Establece un acuerdo para la realización por parte de Osakidetza de necropsias clínicas en los centros señalados.
 - **Vigente:** Sí.
-
- i) **Acuerdo para la desinstitutionalización de pacientes psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico de Álava.**
- **Fecha:** 2006.
 - **Contenido:** A partir del informe elaborado a nivel autonómico con directrices para la desinstitutionalización de pacientes psiquiátricos, y tras los trabajos realizados por la comisión territorial establecida a tal efecto, se acuerda la ubicación en centros residenciales del IFBS de 51 personas ubicadas en el Hospital Psiquiátrico. La reubicación no se ha producido hasta la fecha debido a la decisión de la DFA de supeditar la aplicación del acuerdo a la firma de un convenio de compensación de los gastos sanitarios realizados en los centros residenciales y de día para personas mayores del IFBS.
 - **Vigente:** Pendiente de aplicación.

RECURSOS Y PROGRAMAS SOCIO SANITARIOS. ÁLAVA

- a) **Plazas psicogerítricas en el Hospital Psiquiátrico de Álava.**
- **Número de unidades:** 3.
 - **Ubicación:** Vitoria-Gasteiz.
 - **Plazas:** 116 camas. De ellas, 8 están concertadas con el IFBS.
 - **Acceso:** Como el resto de los servicios residenciales para personas mayores del Territorio, el acceso a estas plazas se realizaba hasta mayo de 2007 a través de la Comisión de valoración y orientación socio sanitaria.
 - **Financiación:** El IFBS y Osakidetza asumen, al 50%, la financiación del coste público de las ocho plazas concertadas. El resto son financiadas por Osakidetza, por lo que cabe pensar que sólo las ocho plazas concertadas son, en sentido estricto, socio sanitarias.
-
- b) **Pisos tutelados de las asociaciones Bidegurutzea y Erantsi para personas con enfermedad mental y/o alcoholismo.**
- **Número de pisos:** 5.
 - **Ubicación:** Vitoria-Gasteiz.
 - **Plazas:** 59.
 - **Acceso:** Aunque la financiación de estos centros corre exclusivamente a cargo del IFBS, el acceso es determinado por una comisión mixta de la que forman parte técnicos de Osakidetza y del IFBS.
 - **Financiación:** El IFBS financia la totalidad del coste de las plazas residenciales.
-
- c) **Otros recursos.**
- PIJ, de la Comisión Antisida de Álava.
 - Servicio de acogida Besarkada Etxea de inserción social para personas con VIH.
 - Programas Aukera, Hazgarri y Proyecto Hombre, de la Fundación Jeiki.
 - Programas socioeducativos, gestionados por la ASAFES.
 - Vivienda comunitaria y residencia para personas con enfermedad mental, de la asociación Hogar Alavés.
 - Vivienda comunitaria Zurekin dirigida a jóvenes con trastorno de conducta, gestionada por la Fundación Beti Gizartean.
 - Hogar socioeducativo para personas con enfermedad mental.
 - Centro ocupacional, de la Asociación ASASAM.

RECURSOS Y PROGRAMAS SOCIOSANITARIOS. ÁLAVA

- Centro de día Estrada.
- Programa de prevención del VIH en personas que ejercen la prostitución.
- Estructuras intermedias de Osakidetza en el área de la salud mental (comunidad terapéutica Foronda, hospital de día, servicio de rehabilitación comunitaria y centro de día y hospital de día de alcoholismo).

ÓRGANOS DE COORDINACIÓN. ÁLAVA

- a) **Consejo territorial de atención sociosanitaria de Álava.** El Consejo está formado por ocho miembros y, a partir de 2007, se reúne dos veces al año.
-
- b) **Comisión de valoración y orientación sociosanitaria.** Integrada por representantes de Osakidetza, IFBS y Ayuntamiento de Vitoria, la comisión de Valoración y Orientación ha funcionado durante catorce años, en el campo específico de la Tercera Edad, como órgano tripartito para la asignación consensuada de recursos a las personas mayores demandantes de servicios residenciales. Dejó de funcionar en mayo de 2007 como consecuencia de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, y ha sido sustituida por una Comisión de reasignación de recursos, dependiente exclusivamente del IFBS.
-
- c) **Comisión de gasto sanitario en residencias.** Comisión establecida para la determinación del gasto sanitario en las residencias de personas mayores al objeto de establecer un convenio de colaboración entre la Diputación Foral y Osakidetza para la asistencia sanitaria en las residencias de personas mayores de Álava. La comisión permanece activa, sin que hasta la fecha se haya alcanzado un acuerdo en la materia.
-
- d) **Comisión de desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos ingresados en el Hospital Psiquiátrico de Álava.** Disuelta una vez alcanzado el acuerdo, pendiente de aplicación, para la reubicación de 51 pacientes del Hospital Psiquiátrico de Álava en las residencias de personas mayores del IFBS.
-
- e) **Comisión del grado de dependencia de usuarios de Bidegurutzea y Erantsi.** Aunque no depende orgánicamente del Consejo territorial, puede considerarse que forma parte de los órganos de coordinación del espacio sociosanitario en la medida en que el acceso a los centros señalados se realiza a partir de una comisión en la que intervienen Osakidetza y el IFBS.

PLANES, ESTUDIOS Y EVALUACIONES. ÁLAVA

- a) Reglamento de funcionamiento del Consejo territorial.
-
- b) Informe sobre desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos ingresados en el Hospital Psiquiátrico.
-
- c) Informe respecto al grado de dependencia física y psíquica de los usuarios de Bidegurutzea y Erantsi.

2.1.3. Elementos básicos en el Territorio Histórico de Bizkaia

ACUERDOS, NORMAS, CONVENIOS Y PROTOCOLOS. BIZKAIA

- a) **Acuerdo Marco de Colaboración entre el Departamento de Sanidad/ Osakidetza y la Diputación Foral de Bizkaia para la cobertura de las necesidades sociosanitarias en el Territorio Histórico de Bizkaia.**
- **Fecha:** 14 de mayo de 1998.
 - **Contenido:** Se establece a través de este convenio un marco general para la coordinación y la colaboración entre la Diputación Foral y el Departamento de Sanidad, que se desarrollará a través de convenios específicos. Se establece la Comisión territorial de atención sociosanitaria y una serie de comisiones sectoriales. Es sustituido por el acuerdo marco establecido a nivel autonómico por el Gobierno Vasco, las tres Diputaciones y Eudel el 30 de enero de 2003.
-
- b) **Protocolo regulador del sistema de acceso a la unidad creada por el Instituto de Asistencia Social en la residencia de Leioa para la atención residencial a personas en estado vegetativo persistente v. permanente.**
- **Fecha:** 14 de junio de 2004.
 - **Contenido:** Se trata de un protocolo aprobado por el Consejo Territorial de Asistencia Sociosanitaria de Bizkaia para regular el acceso a las plazas que el IFAS dispone en la residencia de Leioa para atender a personas en estado vegetativo persistente v. permanente. El protocolo define la tipología de la persona usuaria, establece los requisitos de acceso y establece la creación de una comisión sociosanitaria, con representantes del Departamento de Acción Social y del Departamento de Sanidad, encargada del proceso de selección de personas usuarias. El protocolo se recoge posteriormente en el Decreto Foral 117/2004, de 22 de junio, de la Diputación Foral de Bizkaia regulador del sistema de acceso a la unidad creada por el Instituto Foral de Asistencia Social en la Residencia de Leioa para la atención residencial a personas en estado vegetativo persistente v. permanente.
-
- c) **Decreto Foral 234/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se crea y regula la Comisión técnica de valoración y orientación sociosanitaria en materia de personas mayores del Territorio Histórico de Bizkaia.**
- **Fecha:** 26 de diciembre de 2006.
 - **Contenido:** Si bien no se trata de un convenio, sino de un Decreto Foral, regula el funcionamiento y las funciones del órgano mixto (con participación foral –servicios sociales– y del Departamento de Sanidad) encargado de determinar la fórmula de acceso a las unidades sociosanitarias para personas mayores. Se encomienda además a esta comisión funciones más amplias, tales como la coordinación y la colaboración entre el ámbito social y el sanitario, la implantación de sistemas de calidad, el seguimiento de los convenios de colaboración, etc. Se establece una reunión semanal para la comisión.
-
- d) **Decreto Foral 235/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula el régimen de acceso a las unidades residenciales sociosanitarias de la red foral de residencias para personas mayores y las condiciones de prestación del servicio asistencial.**
- **Fecha:** 26 de diciembre de 2006.
 - **Contenido:** Al igual que el anterior, si bien no se trata de un convenio, regula el procedimiento de acceso a las unidades residenciales sociosanitarias, financiadas por ambas instituciones. La norma establece que el acceso está supeditado a la aceptación de la Comisión Técnica de Valoración y Orientación Sociosanitaria, de la que forman parte representantes de ambas entidades.
-
- e) **Decreto Foral 231/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se acuerda la aplicación y se regula el precio público del servicio asistencial en las unidades residenciales sociosanitarias de la red foral de residencias para personas mayores.**

ACUERDOS, NORMAS, CONVENIOS Y PROTOCOLOS. BIZKAIA

- **Fecha:** 26 de diciembre de 2006.
- **Contenido:** Como los anteriores, si bien no se trata de un convenio a dos partes, regula el precio público de las unidades residenciales sociosanitarias, financiadas por ambas instituciones.

f) Convenio de Colaboración con la Diputación Foral de Bizkaia y Osakidetza para la prestación de los servicios sociosanitarios en las unidades residenciales sociosanitarias del Territorio Histórico de Bizkaia.

- **Fecha:** 14 de marzo de 2007.
- **Contenido:** Establecer la coordinación entre el Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia y el Departamento de Sanidad/Osakidetza para la prestación de los servicios sociosanitarios en las unidades residenciales sociosanitarias que gestiona Gizartekintza. Siguiendo las estipulaciones del convenio firmado con la Diputación de Gipuzkoa, se establece un módulo sanitario del 47% del gasto plaza que debe ser abonado por Osakidetza, correspondiendo el 53% restante a la Diputación y la persona usuaria, en función de su renta. Se establece un plazo máximo de estancia de doce meses y se reserva para cada institución al menos un 25% de los ingresos. El coste de la plaza se establece en 98,94 euros día. En virtud del convenio, se dota de carácter sociosanitario a la residencia de Leioa del IFAS, de 36 plazas, y se determina la apertura de dos centros de 27 plazas, respectivamente, en la Margen Izquierda y en la comarca de Ibaizabal Nervión. Se inician también los trámites para la construcción de un centro de 100 plazas en Txurdinaga.

g) Convenio de Colaboración con la Diputación Foral de Bizkaia y Osakidetza para la asistencia sanitaria en las residencias de personas mayores de Bizkaia.

- **Fecha:** 14 de marzo de 2007.
- **Contenido:** El convenio garantiza la prestación de servicios sanitarios en las residencias de personas mayores de Bizkaia y establece fórmulas para compensar a la Diputación Foral por el gasto originado en la atención médica y de enfermería prestada a las personas usuarias de las residencias de personas mayores. Aunque se prevé la posibilidad de asignar a personal de Osakidetza la totalidad de los casos de cada residencia, se opta finalmente por compensar los gastos médicos y de enfermería realizados por el personal del centro a través de unos precios previamente definidos. El acuerdo de cofinanciación se limita a las residencias con más de 100 usuarios dependientes que cuenten con servicios médicos y de enfermería distintos a los de Osakidetza. En total, se incluyen en el convenio once residencias, con un total de 1.685 plazas de personas dependientes. La compensación por parte del Departamento de Sanidad asciende a 350.570,99 euros en concepto atención médica y 1.596.107,70 euros en concepto de atención de enfermería.

h) Protocolo de actuación del sistema sanitario con los niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección atendidos por el servicio de infancia del Departamento de Acción Social de la DFB.

- **Fecha:** 19 de marzo de 2007.
- **Contenido:** Establece un programa de atención por parte de psiquiatras y psicólogos de Osakidetza a personas menores de edad en situación de riesgo o cuya guarda o tutela y guarda se ejerce mediante acogimiento familiar o residencial en centros dependientes del IFAS o en centros privados colaboradores del Departamento de Acción Social que precisen ser evaluados o iniciar tratamiento antes de 2021. El protocolo establece las fórmulas de colaboración que habrán de mantener los/as coordinadores de caso del Servicio Territorial de Infancia y los centros de salud mental de la red de Osakidetza, así como los objetivos y modalidades de atención del programa.

RECURSOS Y PROGRAMAS. BIZKAIA

a) Unidades residenciales sociosanitarias.

- **Número de centros:** 3 en la actualidad y 1 en proyecto.
- **Ubicación:** Leioa, Portugalete, Amorebieta, Txurdinaga (Bilbao)²⁴.
- **Plazas:** 88 en la actualidad y 188 en 2009, una vez entre en funcionamiento el centro de Bilbao.
- **Gestión:** Propia (Leioa) y concertada (Portugalete y Amorebieta).
- **Población destinataria:** Personas en situación de dependencia que presentan necesidades intensas de cuidadores sociales y sanitarios en un espacio de transición entre la hospitalización sanitaria y la atención residencial social.
- **Acceso:** A través de la Comisión técnica de valoración y orientación sociosanitaria en materia de personas mayores del Territorio Histórico de Bizkaia.
- **Financiación:** Aportación de las personas usuarias, Departamento de Acción Social de la DFB (que abonan en conjunto el 53% del coste plaza) y Departamento de Sanidad (que financia el 47% del coste plaza restante).

b) Unidad para la atención residencial a personas en estado vegetativo vs. persistente.

- **Número de centros:** 1.
- **Ubicación:** Leioa.
- **Plazas:** 6.
- **Gestión:** propia.
- **Población destinataria:** Personas de entre 18 y 60 años, en estado vegetativo persistente v. permanente, con grado de minusvalía superior al 75%, procedentes de alguno de los hospitales de agudos y media estancia de Osakidetza.
- **Acceso:** A través de una Comisión sociosanitaria específica compuesta por dos técnicos en representación del Departamento de Acción Social y otros del Departamento de Sanidad.
- **Financiación:** Aportación de las personas usuarias y Departamento de Acción Social de la DFB.

c) Red de pisos tutelados niniresidencia y centros de atención diurna del Programa Diversificado de Bizitegi.

- **Número de centros:** una miniresidencia, 14 pisos y tres centros de día.
- **Ubicación:** Bilbao.
- **Plazas:** 46 plazas residenciales y 59 de atención diurna.
- **Gestión:** concertada.
- **Población destinataria:** Personas con enfermedad mental en situación de exclusión social.
- **Acceso:** Aunque no existe una comisión mixta que determine conjuntamente el acceso a esas plazas, el proceso incluye una primera derivación desde la red sanitaria que posteriormente, tras una segunda valoración, es refrendada por la Diputación Foral.
- **Financiación:** El Departamento de Sanidad y el Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia, financian respectivamente, el 50% del coste plaza recogido en los convenios establecidos para la gestión de los diversos centros de la red.

d) Red de pisos tutelados de la Fundación Argia.

- **Número de centros:** 14.
- **Ubicación:** Bilbao y Barakaldo.
- **Plazas:** 70
- **Gestión:** concertada.
- **Población destinataria:** Personas con discapacidad.

²⁴ Iniciados los trámites para la construcción.

RECURSOS Y PROGRAMAS. BIZKAIA

- **Financiación:** El Departamento de Sanidad y el Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia, financian respectivamente, el 50% del coste plaza recogido en los convenios establecidos para la gestión de los diversos centros de la red.
-

e) Otros recursos.

- Centro de día Bekoetxe para la atención a personas con daño cerebral sobrevenido (IFAS).
- Residencia Bietxeak (IFAS).
- Centro de acogida nocturna para personas drogodependientes Hontza, de Cáritas.
- Comunidades terapéuticas de Manu Ene (Osakidetza), Fundación Gizakia (Paul Enea) y Kortezubi (Etorikintza).
- Centro de día, programa de inserción psicosocial y programa de mantenimiento con metadona, de Fundación Gizakia.
- Centro de atención y emergencia sociosanitaria para drogodependientes y PLJ, de la Comisión Anti-sida de Bizkaia.
- Centro de acogida y consumo higiénico, de Médicos del Mundo.
- Centro de tratamiento ambulatorio e inserción social, de la Fundación Etorikintza.
- Red de centros de día de baja, media y alta exigencia, y centro ocupacional, de Bizitegi.
- Red de centros de día, pisos tutelados y programa de asistencia domiciliaria, de Avifes.
- Centro de día Zure Enea T4.
- Centro de día educativo terapéutico “La Ola”.
- Red de centros de día y de residencias, de la Asociación de Padres de Afectados de Autismo y otros Trastornos del Espectro Autista.

ÓRGANOS DE COORDINACIÓN. BIZKAIA

- a) **Consejo territorial de atención sociosanitaria de Bizkaia.** Regulado por el convenio marco de 2003, está compuesto por el Director Territorial de Sanidad, tres vocales pertenecientes al Departamento de Sanidad y Osakidetza, el Diputado Foral de Acción Social, dos vocales nombrados por éste y un vocal nombrado por Eudel.
-
- b) **Comisión técnica de valoración y orientación sociosanitaria en materia de personas mayores del Territorio Histórico de Bizkaia.** Regulada por el Decreto Foral 234/2006, que la define como órgano consultivo del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia para la toma de decisiones en el ámbito de la atención residencial sociosanitaria destinada a personas mayores dependientes y como órgano para la coordinación y colaboración entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Bizkaia. Entre sus funciones se señalan, entre otras, la aprobación de las propuestas de ingreso en las unidades sociosanitarias para personas mayores y el seguimiento de los convenios establecidos en la materia. La comisión tiene una composición paritaria y mixta, con seis vocales y un secretario/a, y se determina una reunión semanal de la misma.
-
- c) **Comisión sociosanitaria de acceso a la unidad de daño cerebral.** Regulada en el protocolo regulador del sistema de acceso a la unidad creada por el IFAS en la residencia de Leioa para la atención residencial a personas en estado vegetativo persistente v. permanente y en el Decreto 117/224, la Comisión sociosanitaria está compuesta por dos técnicos del Departamento de Sanidad y dos del Departamento de Acción social, y tiene por función, entre otras, proponer a los candidatos a la ocupación de las plazas de esa unidad.
-
- d) **Comisión de Desinstitucionalización.** Formada por representantes de Osakidetza y de la Diputación Foral, analiza el perfil de las personas ingresadas en centros de la red psiquiátrica de Osakidetza y determina su idoneidad para ser reubicados en centros residenciales de servicios sociales.

2.1.4. Elementos básicos en el Territorio Histórico de Gipuzkoa

ACUERDOS, CONVENIOS Y PROTOCOLOS. GIPUZKOA

- a) **Acuerdo para la puesta en funcionamiento de Villa Betania.**
- **Fecha:** sin determinar.
 - **Contenido:** Acuerdo entre la Diputación Foral de Gipuzkoa, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Cáritas Diocesana de Gipuzkoa, como gestora del centro, para la puesta en funcionamiento de un centro residencial, situado en Villa Betania de Donostia-San Sebastián, destinado al cuidado de personas enfermas de SIDA. El acuerdo fue firmado a finales de los años 80 y sigue en vigor.
-
- b) **Convenio de colaboración con la Diputación Foral de Gipuzkoa, en materia de ejercicio de la acción concertada de servicios de asistencia sanitaria y servicios sociales con la Fundación José Matía Calvo, de Donostia-San Sebastián.**
- **Fecha:** 10 de diciembre de 1992.
 - **Contenido:** A través de este convenio, El Departamento de Sanidad y la Diputación Foral de Gipuzkoa se comprometen a coordinar las acciones de concertación de servicios de carácter sanitario y social que desarrollen, de acuerdo con sus respectivas competencias, con la entidad Fundación José Matía Calvo (después Fundación Matía). Más concretamente, se establece la conversión gradual del Centro Julián Rezola en un centro residencial asistido para personas mayores, con la totalidad de las plazas concertadas con la DFG, y se reserva un número determinado de plazas para para personas con discapacidad física gravemente afectada en el Centro Ricardo Birmingham.
-
- c) **Convenio de Cooperación entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y Osakidetza para la Asistencia Sanitaria en las residencias de la Tercera Edad.**
- **Fecha:** 20 de octubre de 1994.
 - **Contenido:** Se establece para garantizar la prestación de los servicios sanitarios (atención médica y de enfermería) en la Red de Residencias de la Tercera Edad en Gipuzkoa, que gestionadas, tuteladas o concertadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa. En cuanto a la atención médico sanitaria, Osakidetza se compromete a incluir bajo la responsabilidad de un facultativo la totalidad de las cartillas sanitarias de las personas residentes de cada centro. En cuanto a la asistencia de enfermería, se compromete a atender las necesidades de cuidados sanitarios de las personas residentes dentro del conjunto de sus prestaciones. En el caso de que Osakidetza no pueda hacerse cargo de las prestaciones fijadas y el Centro disponga en su plantilla de personal de enfermería, el convenio establece que Osakidetza compensará el coste económico de la atención de enfermería precisa para atender las necesidades en cada Centro Residencial, de conformidad con unos precios predefinidos.
 - **Resultados:** Supone el primer acuerdo establecido para la compensación de los gastos sanitarios realizados por las Diputaciones y el inicio del modelo que años más tarde se intenta generalizar en la CAPV. En su primer año de funcionamiento se compensaron los gastos de enfermería realizados en 33 residencias, con mil personas usuarias de plazas asistidas, y por un importe de 40,9 millones de pesetas (en torno a 250.000 euros). En los años siguientes, hasta 1999, Osakidetza realizó una aportación total del orden de 300 millones de pesetas.
-
- d) **Acuerdo marco de colaboración entre el Departamento de Sanidad/Osakidetza y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para la cobertura de las necesidades socioasistenciales del Territorio Histórico de Gipuzkoa.**
- **Fecha:** 20 de mayo de 1996.
 - **Contenido:** Se establece a través de este convenio un marco general para la coordinación y la colaboración entre la Diputación Foral y el Departamento de Sanidad, que se desarrollará a través de convenios específicos. Se establece también la Comisión territorial de atención socioasistencial y una serie de comisiones sectoriales. El acuerdo supone el embrión de la estructura socioasistencial guipuzcoana y, más adelante, de la CAPV, en la medida en que sirve de base a posteriores acuerdos en otros territorios y a nivel autonómico.

ACUERDOS, CONVENIOS Y PROTOCOLOS. GIPUZKOA

- **Resultados:** El convenio abre la puerta a una serie de convenios específicos, inaugura una fase de numerosos acuerdos entre las dos instituciones, establece un primer embrión de estructura sociosanitaria estable y sirve de pauta para el desarrollo de convenios marcos similares en los otros dos Territorios Históricos y, más tarde, a escala autonómica.

e) Acuerdo marco de colaboración entre el Departamento de Sanidad/Osakidetza y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para la cobertura de las necesidades sociosanitarias del Territorio Histórico de Gipuzkoa. Acta de seguimiento.

- **Fecha:** 11 de mayo de 2000.
- **Contenido:** Cuatro años después de firmarse el acuerdo marco de colaboración entre las dos instituciones, se evalúan los objetivos establecidos y se concretan los convenios específicos.
- **Resultados:** Aunque no conlleva resultados concretos, reafirma la voluntad de colaboración entre ambas instituciones e impulsa su desarrollo. Se crea, por otra parte, la Unidad de valoración y orientación, de composición paritaria, antecedente de la actual Comisión técnica de valoración y orientación.

f) Protocolo de actuación entre el Departamento de Sanidad/Osakidetza y Gizartekintza para la atención sociosanitaria de personas mayores institucionalizadas con trastornos psiquiátricos en Gipuzkoa.

- **Fecha:** 1 diciembre de 2000.
- **Contenido:** Su objetivo es el de garantizar la necesaria atención psiquiátrica a las personas institucionalizadas en centros para personas mayores. Para ello, Osakidetza se compromete a atender, desde su red de centros de salud mental, a las personas residencializadas y a trasladar a quienes lo necesiten a hospitales psiquiátricos de larga estancia. Gizartekintza se compromete por su parte a agilizar el ingreso de personas atendidas en centros sanitarios que presenten una problemática eminentemente social y a trasladar a centros residenciales para personas mayores a personas ingresadas en centros psiquiátricos de larga estancia que no presentan una problemática psiquiátrica grave.

g) Convenio de colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Sanidad/Osakidetza para la asistencia psiquiátrica rehabilitadora en los centros ocupacionales para enfermos mentales en Gipuzkoa.

- **Fecha:** 28 de diciembre de 2000.
- **Contenido:** Se establece para garantizar la prestación de servicios sanitarios en los centros ocupacionales gestionados por Gizartekintza y compensar a la Diputación Foral de Gipuzkoa por el gasto en atención médica y enfermería a partir de unos precios previamente determinados.

h) Protocolo de actuación entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Gizartekintza para la integración en trabajo protegido de los enfermos mentales crónicos de Gipuzkoa.

- **Fecha:** 1 diciembre de 2000.
 - **Contenido:** A propuesta de la Comisión sectorial de salud mental establecida en el seno del Consejo territorial, se establece un convenio en virtud del cual Osakidetza asume la cobertura de la atención psiquiátrica de los dispositivos laborales y ocupacionales, a través de la derivación de casos desde los centros de salud mental, la prestación de apoyo técnico sanitario a solicitud de los centros o la formación del personal de los CEE para el trabajo con estas personas. Por su parte, Gizartekintza se compromete a reservar un número plazas anuales para este colectivo en los centros ocupacionales y de empleo protegido. Se establece además un equipo de coordinación para el seguimiento del convenio.
 - **Resultados:** A 30 de septiembre de 2006, Gureak prestaba servicios a 109 personas con trastorno mental en centros ocupacionales y 319 en programas de empleo, lo que representa un 12,7% del total de usuarios / trabajadores del grupo.
-

ACUERDOS, CONVENIOS Y PROTOCOLOS. GIPUZKOA

i) Convenio de Colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Gobierno Vasco/Osakidetza para la asistencia sanitaria en las residencias de personas mayores de Gipuzkoa.

- **Fecha:** 6 de julio de 2001.
- **Contenido:** El convenio se establece para garantizar la prestación de servicios sanitarios en las residencias de personas mayores y compensar a la Diputación Foral de Gipuzkoa por el gasto en atención médica y enfermería. Supone una actualización del convenio firmado en 1994, introduciendo un módulo para el pago de la asistencia médica (además de la de enfermería) y limitando el ámbito del acuerdo a las residencias con más de 50 personas dependientes o discapacitadas. Como en el anterior acuerdo, se prevé asignar a un médico de Osakidetza la totalidad de los casos de cada residencia, y, en los casos en los que ello no es posible, compensar los gastos médicos y de enfermería realizados por el personal del centro a través de unos precios previamente definidos.
- **Resultados:** En total, entre 2001 y 2005 Osakidetza ha abonado a Gizartekintza en concepto de atención médica y de enfermería un total de 9,7 millones de euros, con una aportación creciente en el tiempo. En 2005, se beneficiaron del módulo médico 16 residencias, con un total de 1.539 personas usuarias no autónomas y una aportación de Osakidetza de 254.530,92 euros. En el mismo año, en el módulo de enfermería se incluyeron un total de 58 centros residenciales, con un total de 3.334 plazas (personas autónomas y personas en situación de dependencia) y una aportación de Osakidetza de 2,3 millones de euros.

j) Convenio de colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco/Osakidetza para la asistencia psiquiátrica rehabilitadora en los centros de día psicosociales para enfermos mentales crónicos.

- **Fecha:** 31 de mayo de 2002.
- **Contenido:** El convenio se establece para garantizar la prestación de servicios de asistencia psiquiátrica rehabilitadora en los centros de día psicosociales gestionados por Gizartekintza, en convenio con entidades sin fin de lucro. Asigna a Osakidetza la supervisión técnico sanitaria y la coordinación del desarrollo de actividades rehabilitadoras, así como la emisión de informes de derivación, propuestas de tratamiento e intervención asistencial directa. Si los centros de salud mental no se pueden hacer cargo de esa atención, se prestan por parte del personal del CD y el Departamento de Sanidad asume la financiación de acuerdo con unos baremos predefinidos. Se establece en un primer momento una red de cinco centros de día, con un total de 107 plazas.
- **Resultados:** En la actualidad, forman parte de esa red ocho centros de atención diurna con un total de 129 plazas, distribuida por la mayor parte de las comarcas guipuzcoanas.

k) Decreto Foral 57/2002 de 5 de noviembre, por el que se regula el régimen de acceso a recursos sociosanitarios de las personas en situación de exclusión social y/o dependencia.

- **Fecha:** 5 de noviembre de 2002.
 - **Contenido:** El Decreto clasifica la gama de recursos sociosanitarios de responsabilidad foral existentes en el campo de la exclusión social en función de los objetivos que cada dispositivo persigue y de las diferentes tipologías de necesidades de los perfiles de personas solicitantes de servicios. Fija también los requisitos y el procedimiento de acceso a los recursos, contemplando el papel de los servicios sociales de base municipales y el del sistema sanitario en la evaluación de las necesidades y en la orientación a los recursos, así como el de las entidades prestadoras de servicios. El texto del Decreto reserva el acceso a esos recursos a las personas atendidas por la red pública de atención sanitaria, a la cual se encomienda determinar la idoneidad del recurso a las necesidades de la persona solicitante. Se establece además la creación de una comisión de valoración sociosanitaria para determinar el acceso a estos recursos, compuesta por representantes del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y de Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
-

ACUERDOS, CONVENIOS Y PROTOCOLOS. GIPUZKOA

l) Convenio de colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Sanidad /Osakidetza para la asistencia sanitaria en las unidades residenciales sociosanitarias.

- **Fecha:** 2 de julio de 2003.
- **Contenido:** El convenio se establece para garantizar la prestación de servicios sociosanitarios a las personas mayores y establecer el modelo de financiación de los servicios que se prestan en las unidades sociosanitarias. Se define el perfil tipo de persona usuaria y se establece un plazo máximo de estancia de 12 meses y un objetivo de estancia media de 90 días. El Departamento de Sanidad se compromete a abonar el módulo sanitario, que equivale al 47% del coste plaza, correspondiendo el 57% restante a la Diputación Foral y la persona usuaria del servicio. El convenio establece igualmente el procedimiento de acceso, a través de una comisión mixta de valoración, y se garantiza a cualquiera de las dos instituciones firmantes del acuerdo un 25% de los ingresos. Este convenio supone el establecimiento del primer centro de carácter 'puramente' sociosanitario, y la puesta en práctica de un modelo posteriormente aplicado en otros territorios.

m) Decreto foral 44/2005, de 28 de junio, por el que se regulan las aportaciones de las personas usuarias en los servicios de la red de recursos sociosanitarios.

- **Fecha:** 28 de junio de 2005.
- **Contenido:** Establece la aportación de las personas usuarias a los diversos recursos sociosanitarios (unidades residenciales sociosanitarias, centros de estancia permanente y pisos de acogida para personas afectas de SIDA/VIH+, centros residenciales, pisos tutelados y centros de día de rehabilitación psicosocial para personas afectas de enfermedad mental crónica, centros de día de rehabilitación psicosocial para personas afectas de enfermedad crónica (SIDA/VIH+ y/o enfermedad mental) y toxicomanía en rehabilitación y centros de día de rehabilitación psicosocial para personas afectas de daño cerebral).

n) Protocolo de colaboración entre el Ayuntamiento de Donostia y la Comarca Gipuzkoa Ekialde de Osakidetza para la coordinación de la atención sociosanitaria comunitaria.

- **Fecha:** En elaboración.
- **Contenido:** Representa una de las escasas iniciativas desarrolladas para regular la atención sociosanitaria en el marco comunitario. Todavía en fase de definición, establece un protocolo para el inicio de los servicios, para el alta hospitalaria y para las situaciones de urgencia sociosanitaria, de cara a garantizar la atención en el menor tiempo posible mediante la intervención inmediata de ambos servicios.

RECURSOS Y PROGRAMAS. GIPUZKOA

a) Red de centros psicosociales para personas con enfermedad mental crónica.

- **Número de centros:** 8.
 - **Ubicación:** Donostia (Benta Berri, Loiola, Maldatxo, Gizaide), Azpeitia, Eibar, Tolosa, e Irun.
 - **Plazas:** 129.
 - **Gestión:** Propia y concertada.
 - **Población destinataria:** Personas con enfermedad mental y, en el caso del centro Maldatxo, personas afectadas de enfermedades crónicas por toxicomanías y problemática psicosocial.
 - **Acceso:** El acceso se determina a través de la Comisión de valoración y orientación sociosanitaria.
 - **Financiación:** Aportación de la persona usuaria, Diputación Foral y Osakidetza.
-

RECURSOS Y PROGRAMAS. GIPUZKOA

b) Unidades residenciales sociosanitarias.

- **Número de centros:** 1.
- **Ubicación:** Donostia.
- **Plazas:** 80.
- **Gestión:** concertada.
- **Población destinataria:** Personas en situación de dependencia que presentan necesidades intensas de cuidadores sociales y sanitarios en un espacio de transición entre la hospitalización sanitaria y la atención residencial social.
- **Acceso:** El acceso se determina a través de la Comisión de valoración y orientación socio-sanitaria.
- **Financiación:** Aportación de la persona usuaria y Diputación Foral (53% del coste plaza) y Osakidetza (47%).

c) Centro de Acogida a personas con VIH (Villa Betania).

- **Número de centros:** 1.
- **Ubicación:** Donostia.
- **Plazas:** 10.
- **Gestión:** concertada.
- **Población destinataria:** personas con VIH.
- **Acceso:** El acceso se determina a través de la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria.
- **Financiación:** Aportación usuario y financiación Diputación Foral.

d) Otros recursos.

- Plazas para personas con enfermedad mental de la red de centros especiales de empleo y ocupacionales de Gureak.
- Piso de la Comisión Antisida (Donostia).
- Comunidades terapéuticas de Fundación Izan (Hernani y Lasao) y de Agipad (Haize Gain).
- Piso tutelado de Gizaide (Donostia).
- Red de viviendas tuteladas de Agifes (Donostia, Elgoibar, Irun, Eibar, Oiartzun, Zumarraga).
- Centros de día de rehabilitación psicosocial para daño cerebral (Donostia).
- PIJ de la Comisión Antisida.
- Red de centros de día y servicios residenciales de Gautena.
- Programas de intervención ambulatoria de Agipad.

ÓRGANOS DE COORDINACIÓN. GIPUZKOA

a) Consejo territorial de atención sociosanitaria de Gipuzkoa. Regulado por el convenio marco de 2003, está compuesto por el Director Territorial de Sanidad, tres vocales pertenecientes al Departamento de Sanidad y Osakidetza, el Diputado Foral de Acción Social, dos vocales nombrados por éste y un vocal nombrado por Eudel.

b) Comisión de valoración y orientación. Formada por siete técnicos, en representación de la DFG, Osakidetza y Eudel, se reúne una vez por semana, y determina el acceso a la red de recursos sociosanitarios.

c) Comisión técnica A (Discapacidad / Dependencia). Cuenta con ocho miembros en representación de Osakidetza y Diputación Foral de Gipuzkoa.

ÓRGANOS DE COORDINACIÓN. GIPUZKOA

- d) **Comisión técnica B (Salud Mental, SIDA y otros).** Cuenta con ocho miembros en representación de Osakidetza y Diputación Foral de Gipuzkoa.

PLANES, ESTUDIOS Y EVALUACIONES. GIPUZKOA

- a) Protocolo de actuación ante el *staphylococcus aureus* resistente a la metilicina (SARM) en centros gerontológicos y sociosanitarios.
-
- b) Elaboración y puesta en funcionamiento de un informe sanitario para personas usuarias del Servicio de telealarma.
-
- c) Elaboración por la unidad de hospitalización a domicilio del Hospital Donostia de un programa asistencial de hospitalización a domicilio para centros gerontológicos y sociosanitarios.
-
- d) Informe sobre el Servicio de atención domiciliaria sociosanitaria (SADSS).
-
- e) Criterios básicos de regulación y funcionamiento de los centros de día de rehabilitación psico-social pertenecientes al espacio sociosanitario.
-

2.2. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL ESPACIO SOCIOSANITARIO EN LA CAPV

La información recogida en el apartado anterior sintetiza los pasos más importantes que, a lo largo de más de quince años, se han dado en el desarrollo de la atención sociosanitaria y de la cooperación y coordinación entre las instituciones competentes en materia de salud y de bienestar social en la CAPV. De esa información, se deducen una serie de características y pautas de funcionamiento asociadas a este proceso de avance y construcción de un espacio mixto de intervención; son las siguientes:

2.2.1. *Un proceso dilatado de desarrollo, con ritmos y dinámicas muy diferentes en cada Territorio Histórico*

Los primeros acuerdos interinstitucionales para la prestación conjunta y/o coordinada de servicios sociales y sanitarios se adoptan en la CAPV a finales de los años 80, pocos años después de aprobarse la primera Ley de Servicios Sociales. Desde los acuerdos iniciales –relacionados, en un primer momento, con la epidemia de VIH y, poco después, con la emergencia de la problemática psicogeriatrica– hasta la actualidad, prácticamente todos los años se han firmado uno o más acuerdos de cooperación sociosanitaria entre las distintas administraciones competentes en el ámbito del Bienestar Social y el Departamento de Sanidad.

Pese a la idea generalizada de un aparente estancamiento en el desarrollo del espacio sociosanitario en los últimos años –claramente expresada en el estudio Delphi recogido en el apartado 3–, debe destacarse que, de los casi cuarenta acuerdos, normas y protocolos

suscritos a lo largo de las últimas décadas –aunque no todos, obviamente, de la misma categoría o trascendencia–, en torno a una docena lo han sido en los tres últimos años. Desde ese punto de vista, puede por tanto decirse que, con altibajos y dificultades, se ha dado en este último periodo, un impulso notable a un proceso que, durante años, se desarrolló con una cierta lentitud. Todo ello es, obviamente, fruto de la prioridad que las instituciones vascas quisieron dar al desarrollo del espacio sociosanitario en los primeros años de la presente década y que cristalizó en la creación del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria y la aprobación del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria.

Son patentes, por otra parte, las diferencias en los ritmos seguidos en cada uno de los Territorios Históricos en términos de creación de recursos y estructuras de coordinación sociosanitaria. Así, puede decirse que:

- Los convenios y acuerdos establecidos a nivel autonómico se concentran entre 2003 y 2005, siendo inexistentes los acuerdos previos a la creación del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria y muy escasos los alcanzados a partir de 2006. La mayor parte de las comisiones de ámbito autonómico también parecen realizar el grueso de sus actividades en ese periodo.
- Gipuzkoa es el Territorio Histórico que antes inicia el desarrollo del espacio sociosanitario y el que suscribe a lo largo del tiempo un mayor número de convenios y acuerdos. A partir de los primeros años de la presente década, sin embargo, el impulso de los primeros años parece decaer y son muy escasos los acuerdos específicos que se alcanzan en esta materia.
- Algo similar, quizá más evidente, ocurre en Álava, donde desde 1999 sólo se ha firmado un acuerdo concreto, que además no ha sido, hasta la fecha, aplicado. Álava es además el único Territorio en el que no se han alcanzado acuerdos para la creación de unidades sociosanitarias para personas mayores, acuerdos que en los otros territorios han resultado fundamentales para la materialización del espacio sociosanitario. Con todo, si bien a fecha de finalización de la redacción de este informe no existían, en el Territorio Histórico alavés, acuerdos para la financiación por parte del Departamento de Sanidad del gasto médico y de enfermería en residencias para personas mayores, una vez concluida dicha redacción, se ha alcanzado entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Álava un acuerdo de esta naturaleza que, a fecha de cierre del informe, se encuentra pendiente de ser ratificado por las Juntas Generales de Álava.
- Bizkaia, por el contrario, es el Territorio Histórico en el que más tarde se adoptaron los primeros acuerdos en la materia y en el que menos acuerdos se han alcanzado. Sin embargo, es el Territorio Histórico que más activo se ha mostrado en los últimos años, concentrando la práctica totalidad de su actividad en este ámbito a partir de 2004 y, sobre todo, de 2006, lo que le ha permitido situarse en un nivel de desarrollo de la atención sociosanitaria comparable al de los demás Territorios Históricos.

2.2.2. Una oferta de plazas y recursos limitada

Sin duda, el espacio sociosanitario no se limita a lo que el propio Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria ha definido como “recursos sociosanitarios en sentido estricto”.

to”; forman también parte de este espacio otros muchos acuerdos y convenios, que no necesariamente se traducen en la creación de plazas o programas específicos, así como una considerable gama de centros, programas y servicios que se consideran sociosanitarios en un “sentido amplio”.

En relación con los primeros, no puede decirse que el balance de lo conseguido hasta la fecha sea significativo: en toda la CAPV, los recursos sociosanitarios ofrecen actualmente un total de 555 plazas de atención, de las que un 12% están en Álava, un 48% en Bizkaia y un 40% en Gipuzkoa. De todas ellas, en torno a tres cuartas partes son plazas de atención residencial y el resto plazas de atención diurna u ocupacional. De todas ellas, además, aproximadamente un tercio son plazas residenciales para personas mayores.

La exactitud de los datos no puede ocultar, sin embargo, la indefinición del concepto de “servicio sociosanitario” y la dificultad de establecer, más allá de la definición adoptada por el Consejo vasco de atención sociosanitaria a la hora de elaborar su propuesta de sistema de información, el mapa real de recursos sociosanitarios. En efecto, una conclusión clara que se deriva de la información –y que coincide además con las opiniones que se expresan en el estudio Delphi– es la existencia de una extensa “zona de sombra”, de un amplio catálogo de centros y recursos que, aun prestando en realidad una asistencia sociosanitaria, no se incluyen en el catálogo sociosanitario “oficial”, no están sujetas a convenios o acuerdos mixtos y no están integradas en la dinámica de los respectivos consejos de atención sociosanitaria. Desde ese punto de vista, puede decirse que la estructura sociosanitaria oficial sólo recoge una parte, no necesariamente la mayor, de la asistencia sociosanitaria que realmente se presta en la CAPV, y que desconoce numerosas iniciativas que se desarrollan de forma más o menos desarticulada, a instancia, muchas veces, de las mismas instituciones que conforman los consejos de atención sociosanitaria.

2.2.3. *Una gran disparidad en los modelos establecidos, con una oferta de servicios y unas fórmulas de financiación heterogéneas*

Se produce además, a nivel de recursos, una notable disparidad entre los mapas de recursos de los tres Territorios Históricos:

- Puede decirse que Gipuzkoa cuenta con el modelo más equilibrado, atendiendo a la naturaleza de los recursos, pues dispone tanto de servicios residenciales como de atención diurna y ocupacional, e incluso iniciativas sociosanitarias relacionadas con la inserción laboral. Este equilibrio se observa también en términos de colectivos atendidos, en la medida en que –al margen de la mayor o menor suficiencia de los recursos– se presta atención tanto a las personas mayores, como a las personas con enfermedad mental o a las personas con VIH.
- Bizkaia ha desarrollado en los últimos años diversas iniciativas en el campo de la asistencia sociosanitaria a las personas mayores, a las personas con discapacidad y a las personas en situación de exclusión social. También se han desarrollado proyectos pioneros en el campo de la atención a las personas en estado vegetativo persistente y a las personas menores de edad con trastornos de conducta.

- Álava cuenta, hasta la fecha, con el modelo menos desarrollado, por lo menos si se tiene en cuenta el catálogo de los servicios sociosanitarios en sentido estricto. Dispone, sin embargo, con una gran cantidad de plazas psicogeríatras, gestionadas de forma independiente desde la red de servicios sociales y desde la red sanitaria.

En los tres Territorios Históricos es patente, además, la existencia de un catálogo de servicios poco estructurado, tan difuso como confuso. Desde ese punto de vista, los “mecanismos blandos” de coordinación a los que se hace referencia en el estudio Delphi no estarían consiguiendo, al menos de momento, establecer una cartera de servicios clara, ordenada y mínimamente homogénea. Al contrario, la diversidad parece ser la norma, no sólo en lo que se refiere al número de plazas, sino también al tipo de recursos implantados, con dispositivos muy desarrollados en ciertos territorios e inexistentes en otros.

El mapa de recursos se caracteriza además por el establecimiento de patrones de financiación muy diversos: centros de carácter cuasi-sanitario financiados desde las Diputaciones forales, programas que reciben financiación desde ambos sistemas de forma independiente, personas con necesidades de carácter socioasistencial atendidas en centros hospitalarios....

2.2.4. *Muy escaso desarrollo del espacio sociosanitario en el ámbito de la atención primaria*

Es patente, por otra parte, el escasísimo desarrollo que el espacio sociosanitario ha experimentado en el campo de la atención primaria (servicios domiciliarios, servicios sociales de base, centros de salud...). Con la salvedad de una experiencia, ya decaída, desarrollada en Álava, y de otra, todavía en ciernes, protagonizada por el Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián y Osakidetza, además de algún estudio preliminar desarrollado también en Gipuzkoa, el enfoque comunitario de la asistencia sociosanitaria está ausente, lo cual no obsta, como se señala en el estudio Delphi, para que una parte sustancial de la atención sociosanitaria “real” descansa en las relaciones de coordinación que, por iniciativa propia y de forma espontánea, mantienen las y los profesionales que trabajan a nivel comunitario en los diversos ámbitos de actuación. Desde un enfoque comunitario de la intervención social y de la intervención en materia de salud, parece imprescindible abogar por un mayor desarrollo de las relaciones de coordinación entre los centros sociales y sanitarios de atención primaria, así como por la creación de sistemas de intervención a domicilio, e intervención en medio abierto, que tengan un carácter sociosanitario.

2.2.5. *Dificultades para el ejercicio del papel dinamizador que corresponde a los consejos de atención sociosanitaria*

Son también evidentes, pasando al campo de los mecanismos de coordinación, las dificultades con las que se encuentran los respectivos consejos de atención sociosanitaria para ejercer la labor de dinamización y liderazgo que se les ha asignado, así como su supeditación a las voluntades y capacidades individuales de las personas que, en cada momento, los componen.

Desde ese punto de vista, puede destacarse la distancia existente entre las atribuciones y responsabilidades de quienes asumen la función de coordinación de los consejos y los recursos técnicos, materiales y humanos con los que están dotados. Efectivamente, en todos los casos, se trata de personal técnico de alguna de las instituciones que forman parte de los propios consejos, lo que obviamente supone una merma de su autonomía; además, en la medida en que carecen de una dedicación exclusiva, sólo pueden prestar una atención parcial y, por lo general, subsidiaria, a sus funciones. En el mismo sentido, tanto las y los coordinadores, como los propios consejos, carecen de un presupuesto y de una estructura que los haga operativos, todo lo cual se traduce en importantes dificultades a la hora de desarrollar realmente sus funciones de coordinación, liderazgo y planificación.

3. LA OPINIÓN DEL GRUPO DE EXPERTAS Y EXPERTOS: ESTUDIO DELPHI SOBRE LA ASISTENCIA SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

3.1. CUESTIONES METODOLÓGICAS

Como se adelantaba en el capítulo introductorio, la información que se recoge en este apartado se deriva de un Estudio Delphi sobre la asistencia sociosanitaria en la CAPV, expresamente diseñado para este informe, realizado entre junio y septiembre de 2007. Con él, se pretendía complementar la descripción ofrecida en los apartados anteriores del presente capítulo, recogiendo las valoraciones e interpretaciones que realizan las personas que trabajan en las zonas fronterizas del ámbito social y el sanitario, y en el propio ámbito sociosanitario, respecto al grado de desarrollo que ese espacio ha experimentado en los últimos años.

Para el estudio se llevó a cabo una encuesta en la que se invitó a participar a un total de 40 expertas y expertos, seleccionados por su conocimiento de la materia y/o por trabajar en ámbitos de la atención social o sanitaria directamente relacionados con el espacio sociosanitario (residencias, hospitales, entidades sin fin de lucro, instituciones públicas...). Se procuró, por otra parte, que formaran parte del grupo de personas encuestadas tanto aquellas que, por su participación en los diversos consejos, podían tener una visión interna de su desarrollo, como aquellas que no participan en ellos y, por tanto, pueden tener una visión más panorámica, menos marcada por las dinámicas generadas desde esos órganos.

De las 40 personas que fueron, en un primer momento, invitadas a participar en el estudio, tomaron parte activa en él un total de 31 –el listado de personas participantes se incluye en la parte introductoria del informe–. Desde aquí, se les reitera el agradecimiento tanto de la propia institución del Ararteko como del equipo redactor, por su buena disposición a colaborar y por el esfuerzo realizado. Sin duda, el balance contenido en este informe no hubiera sido posible sin su colaboración desinteresada.

Salvo dos, todas las personas participantes lo son porque prestan sus servicios –generalmente con funciones técnicas, pero también, en algún caso, con responsabilidades políticas– en entidades públicas y privadas que trabajan en el ámbito de la sanidad o de

los servicios sociales. No obstante, desde un primer momento se indicó a las personas invitadas a participar en el estudio que su opinión se solicitaba a título personal y en calidad de expertos o expertas en la materia, por lo que se entendía que su aportación no debía necesariamente coincidir con la postura oficial de la entidad en la que trabajaran o de los órganos de coordinación en los que participaran. También se indicaba que, a la hora de presentar los datos en el informe resultante de la encuesta, las aportaciones de los participantes no se reproducirían en ningún momento de forma literal y con identificación expresa de sus autores, en la medida en que el mismo objetivo del estudio es apuntar los posicionamientos que, con respecto a las cuestiones planteadas, gozan de un mayor grado de consenso entre las y los expertos, y en ningún caso reflejar las opiniones concretas de personas, entidades u organismos.

Como es habitual en el estudio Delphi, no puede considerarse que las opiniones y valoraciones expresadas en este informe representen las de la totalidad de las personas que intervienen en este campo (y menos aún de su población destinataria); tampoco que las valoraciones planteadas expliquen por sí solas la compleja situación del espacio sociosanitario, ni, obviamente, que todas las valoraciones sean igualmente acertadas o que respondan plenamente a la realidad. Sí es posible pensar, sin embargo, que, dada la variedad de personas y enfoques representados, las conclusiones obtenidas pueden ser indicativas de lo que, en relación con las cuestiones planteadas, opinan quienes trabajan en este campo, y que, por tanto, constituyen un diagnóstico válido de la actual situación de la atención sociosanitaria en la CAPV. Este diagnóstico de partida, en cualquier caso, constituye un elemento de análisis esencial que, si bien no tiene por qué coincidir necesariamente en todos sus aspectos con las consideraciones de esta Institución, sí da apoyo y refuerza algunas constataciones frecuentemente puestas de manifiesto en el marco de sus informes ordinarios y extraordinarios.

El estudio se llevó a cabo en dos rondas, por medio de dos cuestionarios, el primero abierto y el segundo cerrado:

- En el primero, se planteaban, de forma genérica, una quincena de preguntas sobre cuestiones relacionadas con el desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV. Se evitó conscientemente un cuestionario con respuestas cerradas ya que, más que una serie de datos cuantitativos, lo que se pretendía era recoger argumentos y valoraciones cualitativas que ayudaran a entender el grado de desarrollo del espacio sociosanitario, sus causas y sus consecuencias. Los temas abordados en el primer cuestionario fueron los siguientes:
 - Valoración del Plan Estratégico y avances derivados de su aplicación.
 - Funcionamiento de los órganos de coordinación y cooperación establecidos.
 - Valoración de los mecanismos establecidos para la financiación pública y privada de los recursos sociosanitarios.
 - Diferencias interterritoriales en la dotación de recursos.
 - Valoración sobre los recursos que exigen un mayor grado de desarrollo.
 - Valoración de la atención prestada a los diversos colectivos y selección de los colectivos que requerirán en el futuro una atención prioritaria.
 - Impacto de los cambios normativos producidos recientes.
 - Experiencias de buena práctica.

De las 40 personas que fueron invitadas a participar en el estudio, 24 respondieron al cuestionario por escrito y otras siete lo hicieron a través de entrevistas o sesiones de trabajo individuales.

- Tras recibir las respuestas a las preguntas planteadas en esta primera ronda, se procedió por parte del equipo de estudio a agruparlas y clasificarlas en bloques homogéneos, desde el punto de vista de los contenidos. Se incluyeron así, en el segundo cuestionario, de la forma más literal posible, las aportaciones recogidas en la primera ronda, agrupando las que apuntaban en una misma línea argumental. Esa agrupación ha determinado que, en algunos casos, las personas encargadas de valorarlas hayan detectado ciertas contradicciones y en algún caso no hayan mostrado su acuerdo en la misma medida con las diferentes expresiones que contenía un mismo ítem. Con todo, debe tenerse en cuenta que no todas las expresiones recogidas en los diversos bloques eran contradictorias o antagónicas entre sí, y que, en ocasiones, lo que ofrecían era una argumentación o explicación diferente de una misma posición.

A partir de estos criterios, para la segunda ronda se remitió un cuestionario que contenía 18 bloques específicos y, respecto a cada uno de ellos, una cantidad variable de valoraciones, consideraciones e ideas. Sin duda, el propio listado obtenido –en total, 150 afirmaciones distintas expresadas por personas conocedoras de la situación del espacio sociosanitario– constituye en sí misma una aportación de gran interés, pues permite hacerse una idea de cuáles son las principales “ideas fuerza” que las personas consultadas han querido destacar y someter a debate.

Además de esta presentación de las “ideas fuerza”, se quiso, no obstante, identificar aquellas otras ideas que cuentan con un grado de respaldo o aceptación mayor. Para ello, se pidió a las personas consultadas que puntuaran su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones recogidas en el cuestionario, siguiendo esta escala:

- Muy de acuerdo	5
- Bastante de acuerdo	4
- Algo de acuerdo	3
- Poco de acuerdo	2
- Nada de acuerdo	1
- Sin opinión al respecto	0

Junto a esa puntuación, cada panelista podía poner de manifiesto en el espacio reservado a los comentarios todas aquellas matizaciones o reflexiones que considerara pertinentes respecto a cada cuestión, explicando o matizando su puntuación, comentando las valoraciones realizadas por otras personas participantes o expresando una nueva opinión.

En la siguiente sección se detallan los resultados obtenidos a través de las dos rondas de encuestación. El equipo de estudio ha considerado que el interés estaba precisamente en la literalidad de las ideas expresadas y en las puntuaciones recogidas, por lo que se ha preferido evitar un comentario o análisis detallado de cada una de ellas. Para cada cuestión se ofrece, en las tablas anexas, la puntuación media obtenida (grado de acuerdo, que va del 1 al 5) y el porcentaje de acuerdo o desacuerdo suscitado²⁵.

²⁵ % de respuestas que indican estar muy o bastante de acuerdo, y % de respuestas que señalan estar poco o nada de acuerdo, eliminándose así del cómputo tanto las valoraciones intermedias ('algo de acuerdo') como los NS/NC.

Puede considerarse que todas las respuestas que superan el grado 3 han obtenido un cierto grado de acuerdo; aunque, sólo respecto a las que superan el 4 puede hablarse de consenso, aceptación o acuerdo generalizado. En el caso de las afirmaciones que reciben puntuaciones inferiores a 3, por el contrario, puede hablarse de rechazo o falta de acuerdo por parte del grupo de expertos/as en su conjunto.

Junto a las tablas que resumen las consideraciones de las y los expertos y las puntuaciones recibidas se han recogido de forma literal y sin anotaciones de ningún tipo algunos de los comentarios plasmados en los cuestionarios de la segunda ronda. Se trata en ocasiones de comentarios genéricos y, en otros, de acotaciones a las respuestas de otros panelistas, que sólo representan a quienes las han realizado y que no han sido sometidas a la consideración del conjunto del grupo; se añaden, en cualquier caso, en la medida en que se ha considerado que enriquecen el intercambio de ideas respecto al espacio sociosanitario y que pueden ayudar a las y los lectores a interpretar los resultados y a extraer sus propias conclusiones.

3.2. RESULTADOS

3.2.1. *Consideraciones generales sobre el desarrollo de la atención sociosanitaria en la CAPV*

A partir de las respuestas recogidas en diversas preguntas de la primera fase de la encuesta, se extrajeron una serie de consideraciones globales sobre el grado de desarrollo del espacio sociosanitario: las respuestas van desde las valoraciones netamente positivas (1.1) a las negativas (1.3.), aportando otras matizaciones diversas a la idea más o menos generalizada de estancamiento (o, al menos, de incumplimiento de las metas previstas). Efectivamente, aún antes de valorar el grado de consenso que las diversas valoraciones han obtenido, es destacable la escasez de valoraciones globalmente positivas y la tendencia generalizada a valorar la situación en términos –con diversos matices– que pueden considerarse negativos o pesimistas²⁶.

En consonancia con ese estado de opinión más o menos generalizado, la idea que obtiene una puntuación media más elevada y un grado de acuerdo más alto pone sobre la mesa una valoración claramente negativa, planteada además desde la perspectiva de las personas potencialmente usuarias de estos servicios: *“Desde una perspectiva de usuario directo, la percepción es que nos encontramos ante dos sistemas diferentes: el social y el sanitario, que responden a objetivos que les son propios. Los potenciales usuarios de estos servicios apenas han podido percibir cambios en los servicios que tienen a su disposición”*. Al margen de que, desde el punto de vista organizativo se hayan podido dar más o menos pasos en la configuración de este espacio sociosanitario, parece claro que, a juicio de las personas consultadas, los eventuales resultados positivos de estos cambios no han llegado aún a sus destinatarios finales, o que lo han hecho en muy escasa medida.

²⁶ Lo cual, por otra parte, es común en los ejercicios de evaluación.

También tiene connotaciones claramente negativas la segunda de las respuestas que han gozado en este primer bloque de un mayor grado de consenso y que constituye, en sí misma, un diagnóstico muy completo de la situación: *“Pese a los avances producidos, los objetivos alcanzados son muy inferiores a los que se podían haber obtenido y a los que en un principio se anticiparon. Se ha avanzado, aunque mucho menos de lo necesario, posible y razonable, y en los últimos años se ha producido un estancamiento muy notable”*. En la medida que su puntuación supera el 4, puede decirse que el conjunto de las personas consultadas se muestran ‘bastante de acuerdo’ con esta afirmación, que denota un cierto desencanto respecto a las expectativas iniciales; de hecho, un 75% de las personas consultadas se muestran muy o bastante de acuerdo con esta idea.

Las valoraciones optimistas –fundamentalmente la 1.1: *“En los últimos cuatro o cinco años se han producido avances de importancia en el desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV”*– registran un grado de apoyo bajo, inferior al 3 y menor que el registrado por la valoración más negativa de todas las recogidas en este bloque –*“Lo sociosanitario es una asignatura pendiente, actualmente suspendida en Euskadi. El espacio sociosanitario sigue siendo un espacio virtual”*–, con la que están muy o bastante de acuerdo el 45% de las personas consultadas y el 38% en desacuerdo; de hecho, ésta es la respuesta que registra una mayor desviación típica, lo que significa que las opiniones se encuentran sensiblemente polarizadas en relación con esa afirmación, con casi un tercio de las respuestas que señalan estar muy de acuerdo o nada de acuerdo con ella.

1. Consideraciones generales sobre el grado de desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la CAPV	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
1.6. “Desde una perspectiva de usuario directo, la percepción es que nos encontramos ante dos sistemas diferentes: el social y el sanitario, que responden a objetivos que les son propios. Los potenciales usuarios de estos servicios apenas han podido percibir cambios en los servicios que tienen a su disposición”.	4,20	80,65	3,23
1.4. “Pese a los avances producidos, los objetivos alcanzados son muy inferiores a los que se podían haber obtenido y a los que en un principio se anticiparon. Se ha avanzado, aunque mucho menos de lo necesario, posible y razonable, y en los últimos años se ha producido un estancamiento muy notable”.	4,06	74,19	3,23
1.2. “Aunque se han producido avances, han tenido poca concreción práctica. Estamos en los inicios de la coordinación interinstitucional”.	3,84	74,19	16,13
1.7. “El modelo adoptado en la CAPV es el mejor adaptado a nuestras circunstancias: respetando el actual entramado competencial e institucional, hay que entender el espacio sociosanitario como un espacio de confluencia de intervenciones de sectores e instituciones diversas, y no como un nuevo sector específico. Es [preciso] entender y aceptar la configuración y desarrollo de este espacio como un proceso aún muy joven, dinámico y poco proclive a reglamentismos ‘duros’ por el momento”.	3,67	58,06	19,35

1. Consideraciones generales sobre el grado de desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la CAPV	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
1.3. "Lo sociosanitario es una asignatura pendiente, actualmente suspendida en Euskadi. El espacio sociosanitario sigue siendo un espacio virtual".	3,16	45,16	38,71
1.1. "En los últimos cuatro o cinco años se han producido avances de importancia en el desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV".	2,71	29,03	41,94
1.5. "La consideración de un espacio sociosanitario común constituye un retroceso. Si bien es cierto que desde el espacio social existe una voluntad de acercamiento, éste no se da desde la igualdad y la cooperación".	2,00	6,45	48,39

También recibe un grado de apoyo relativamente elevado la respuesta que relaciona la situación del espacio sociosanitario con la adopción de mecanismos "blandos" para su desarrollo –"El modelo adoptado en la CAPV es el mejor adaptado a nuestras circunstancias: respetando el actual entramado competencial e institucional, hay que entender el espacio sociosanitario como un espacio de confluencia de intervenciones de sectores e instituciones diversas, y no como un nuevo sector específico. Es [preciso] entender y aceptar la configuración y desarrollo de este espacio como un proceso aún muy joven, dinámico y poco proclive a reglamentismos "duros" por el momento"–. Conviene señalar este punto, precisamente, por la importancia que la adopción de este tipo de mecanismos blandos puede estar teniendo en la definición del modelo sociosanitario de la CAPV. Por último, la idea de que el propio concepto de espacio sociosanitario supone un retroceso recibe un grado de apoyo extremadamente limitado.

Algunos comentarios

- "Las respuestas 1.1., 1.2 y 1.4 responden a diferentes enfoques de lo mismo: el vaso medio lleno para unos, medio vacío para otros. En cualquier caso, lo conseguido es importante, aunque también es importante lo que queda por hacer".
- "Es importante entender el carácter estratégico que la atención a la discapacidad y la dependencia, y la atención sociosanitaria por tanto, tiene social y económicamente para el país. Esto no existe todavía. El modelo sigue siendo asistencialista y lastrado por la falta de conocimiento del impacto y evolución que estos temas, necesidades y respuestas han supuesto en los países que llevan años desarrollándolos".
- "Respecto a la idea de que los potenciales usuarios del servicio no han podido percibir los cambios, sí es cierta en cuanto que no se ha divulgado dicho servicio como un recurso universal y su utilización está apoyada en la derivación y orientación de casos realizados por los profesionales. No todos los profesionales conocen la utilidad y objetivos a lograr en dicho recurso y eso dificulta el uso del mismo por un potencial colectivo al que esta dirigido".
- "Se han hecho cosas en la configuración del espacio sociosanitario como un espacio específico a partir de una realidad que empuja en ese sentido pero hay grandes obstáculos y aún queda mucho por hacer. El problema del diseño del espacio no es específico de la CAPV aunque sí que lo son ciertas dificultades debidas al diseño institucional específico".

3.2.2. **Valoración del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la CAPV**

Sin duda, uno de los elementos fundamentales del desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV lo constituye la aprobación en 2005 de un Plan Estratégico para su desarrollo por parte del CVAS. En la medida en que en el momento de redactar este informe no ha finalizado el periodo de vigencia del Plan, no se ha pretendido con el cuestionario plantear una evaluación de su grado de aplicación y, aún menos, de sus resultados. Sí se plantearon, sin embargo, en las dos encuestas, una serie de cuestiones sobre los contenidos del propio Plan, sobre los avances derivados del mismo y sobre los objetivos cubiertos, ante las que, como se ve en la tabla, las respuestas fueron claramente divergentes: desde la valoración positiva de la propia existencia del Plan (2.1) a la consideración del Plan como una “oportunidad perdida” debido a la falta de voluntad política (2.3.).

2. Valoración del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco (2005-2008)	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
2.4. “Se ha facilitado, sobre todo a las entidades del Tercer Sector, muy escasa información sobre los contenidos y los avances que se hayan podido producir en torno a la aplicación del Plan. Uno de los principales déficit en el desarrollo del Plan es precisamente la falta de comunicación al exterior del trabajo que se ha venido haciendo tanto desde el Consejo Vasco como desde las mesas sociosanitarias territoriales”.	3,97	70,97	3,23
2.1. “La redacción y aprobación del Plan constituye en sí misma un avance, en la medida en que reconoce de forma expresa la necesidad de desarrollar y construir la asistencia sociosanitaria y en la medida en que supone un acuerdo a tres bandas (Gobierno, Diputaciones y Ayuntamientos)”.	3,90	61,29	9,68
2.2. “La aplicación del Plan Estratégico ha tenido un escaso impacto y, tras su aprobación, apenas se ha avanzado sobre lo previamente existente, salvo en Bizkaia donde se han producido acuerdos en los últimos meses). De momento, el Plan no ha pasado de ser un brindis al sol y corre peligro de acabar siendo papel mojado”.	3,73	64,52	16,13
2.5. “Los avances realizados se deben más a las buenas voluntades de ‘los de a pie’ que de los planificadores. El avance en el ámbito sociosanitario, si lo hay, no es debido a una planificación estratégica, sino a la necesidad de cubrir vacíos asistenciales”.	3,57	58,06	19,35
2.3. “El Plan Estratégico representa una oportunidad pérdida para el desarrollo del espacio sociosanitario. Su propia naturaleza –una declaración de buenas intenciones carente de toda concreción– pone de manifiesto la inexistencia de una voluntad política real para avanzar en la construcción del espacio sociosanitario”.	2,93	25,81	38,71

Las valoraciones, en este caso, son menos categóricas que en el punto anterior (ninguna supera el 4) y la que concita un mayor grado de apoyo es, precisamente, una que hace

referencia a un aspecto que puede considerarse algo tangencial –lo que no significa desprovisto de importancia– como es la difusión del Plan entre las entidades del Tercer Sector (quizá por el elevado número de participantes de estas entidades integrantes del Grupo). Al margen de este problema de comunicación, son mayoría quienes piensan que la propia elaboración del Plan –con lo que supone de concertación de voluntades y definición de prioridades– constituye en sí misma un avance importante. Pero también recibe un apoyo significativo (un 64% de valoraciones afirmativas) la idea de que el Plan ha tenido escaso impacto, que no ha pasado de ser una mera declaración de intenciones y que corre peligro de ser papel mojado. Frente a estas valoraciones, la idea de que el Plan constituye una oportunidad perdida debido a la falta de voluntad política de quienes lo promovieron recibe un apoyo escaso (no supera el 3, y son más numerosas las personas que muestran su desacuerdo que quienes están de acuerdo con ella).

Al margen de la valoración del impacto del Plan, recibe también un apoyo generalizado –casi el 60% de las respuestas– la idea de que, en cualquier caso, los avances no se deben a la planificación estratégica realizada desde los estamentos directivos, sino a la buena voluntad y capacidad de acción de las y los técnicos y profesionales, en cuyas redes de coordinación descansaría en buena medida el espacio sociosanitario real.

Algunos comentarios

- *“Es un paso más (tímido todavía) en el buen camino, pero insuficiente porque no hay una apuesta decidida”.*
- *“El Plan no es un brindis al sol o una declaración de intenciones carente de toda concreción, puesto que se fijan objetivos muy concretos. Pero es cierto que corre un serio peligro de ser un papel mojado, sobre todo por la inexistencia de una voluntad política real para avanzar en la construcción del espacio sociosanitario fundamentalmente desde el ámbito sanitario”.*

3.2.3. **Avances significativos producidos en el desarrollo del espacio sociosanitario en el País Vasco**

Aunque no se requirió en el primer cuestionario una enumeración explícita de los avances producidos en los últimos años en el desarrollo del espacio sociosanitario, las diferentes respuestas recogían en numerosas ocasiones aspectos concretos que, más allá de la valoración global general recogida en el punto 3.2.1, se consideran avances significativos en la materia, aunque no siempre del mismo calado. La enumeración de esos avances, al margen del grado de acuerdo sobre cada uno de ellos, tiene en sí misma gran interés, pues denota en qué aspectos las personas que están en contacto con la gestión diaria de la problemática sociosanitaria han detectado e identificado mejoras a lo largo del periodo de construcción del espacio sociosanitario. Se trata de una enumeración extensa –once ítems– que hace referencia tanto a los avances producidos a consecuencia del Plan como a los que se produjeron con anterioridad o al margen del mismo.

3. Avances significativos producidos en el desarrollo del espacio sociosanitario en el País Vasco	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
3.1. "Inicio del diálogo entre ambas redes, con un mayor y mejor conocimiento mutuo de las necesidades de cada una".	3,67	58,06	16,13
3.4. "Elaboración, aprobación y puesta en marcha de un método de valoración de la dependencia único en todos los Territorios y para todas las personas usuarias".	3,64	58,06	22,58
3.2. "Mayor conciencia institucional de la necesidad de intervención en el espacio sociosanitario y toma de conciencia sobre la existencia de un espacio común".	3,43	51,61	29,03
3.5. "Creación de una estructura impulsora del Plan y consolidación de los consejos territoriales, comisiones sectoriales y otros órganos de coordinación".	3,26	38,71	22,58
3.6. "Clarificación conceptual de lo sociosanitario. Determinación de los recursos y/o servicios comunes que componen a nivel territorial el espacio sociosanitario y definición de los colectivos a los que están dirigidos estos recursos".	3,00	35,48	35,48
3.3. "Creación de nuevos recursos y mejora en la atención prestada a un cierto número de personas usuarias, que hasta el inicio del desarrollo del espacio sociosanitario carecían de esos recursos".	3,04	32,26	29,03
3.7. "Aprobación de diversos protocolos de actuación".	3,04	25,81	25,81
3.9. "Establecimiento de acuerdos sobre la financiación de servicios comunes".	2,74	22,58	45,16
3.10. "Inicio de una coordinación compleja a nivel de responsables de programas y un mayor conocimiento entre profesionales de servicios concretos".	2,81	22,58	38,71
3.11. "Importante impacto en las salidas de los hospitales, aunque no desde lo social y lo comunitario".	2,67	22,58	38,71
3.8. "Creación de canales para la transmisión y la circulación de la información entre las diferentes instituciones".	2,50	12,90	48,39

La lista no se recoge en el orden en el que se plantearon a las personas encuestadas, sino en función del mayor o menor grado de acuerdo suscitado. Los valores señalados ponen de manifiesto, en primer lugar, a diferencia de lo que ocurría en la pregunta 1, la ausencia de puntuaciones categóricas, es decir, de personas que están muy o nada de acuerdo con las diversas opiniones; lo habitual, por el contrario, son las opciones intermedias (poco, algo o bastante), lo que se traduce en puntuaciones medias muy poco dispersas (entre el 3,6 y el 2,5). En el mismo sentido, cabe apuntar que sólo tres de los avances consignados –el inicio del diálogo entre ambas redes, la aplicación de

una herramienta común de valoración de la dependencia (pese a que aún no se aplica en los tres Territorios Históricos) y la generación de una mayor conciencia institucional respecto a la necesidad de intervención– concitan un acuerdo mayoritario, es decir, superior al 50%. Las salidas de los hospitales y la creación de canales de información son, por el contrario, los avances que concitan un menor grado de acuerdo.

Algunos comentarios

- *“Es posible que sean ciertos los avances que se describen, pero no lo conozco directamente. Desde fuera sólo percibimos las grandes lagunas y la falta de coordinación entre ambas instituciones”.*

3.2.4. Cumplimiento de los principales objetivos del Plan

El Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco establece en su Tercer Objetivo Estratégico la necesidad de desarrollar una serie de instrumentos de gestión cuyo grado de implantación, en la actual fase de desarrollo del Plan, parecía posible evaluar. Por ello, se preguntaba concretamente a las personas encuestadas en la primera ronda del estudio en qué medida consideraban que se había avanzado en relación con el establecimiento de un sistema de acceso único, una cartera de servicios única, un sistema de información compartido y una planificación conjunta. La razón de preguntar de forma específica por estos objetivos, y no por otros, respondía a que su cumplimiento es condición imprescindible para hablar de un modelo sociosanitario real, en la medida en que establecen unas bases instrumentales y operativas sólidas.

El diagnóstico respecto a esta cuestión parece claro: no se ha avanzado de forma significativa en ninguno de los aspectos apuntados. De hecho, cuatro de las ocho valoraciones recogidas en este bloque –todas ellas negativas– alcanzan una puntuación superior al cuatro, que indicaría un apoyo generalizado (cabe recordar en ese sentido que, de las 150 ideas sobre las que se ha solicitado puntuación, sólo diez han obtenido más de cuatro puntos, y es significativo que, de ellas, cuatro correspondan a este bloque).

4. Cumplimiento de los principales objetivos del Plan: acceso único, cartera de servicios única, sistema de información compartido y planificación conjunta	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
<p>4.1. “A fecha actual, los avances en esos ámbitos no pueden considerarse suficientes. Hay mayor claridad en cuanto a qué servicios son de cada red, parece haber voluntad, pero no se vislumbra la red sociosanitaria con cartera de servicios definida, sistema de información único y planificación conjunta. No se ha avanzado de forma significativa en ninguno de los aspectos apuntados”.</p>	4,31	77,42	6,45
<p>4.8. “La planificación conjunta de los recursos es el aspecto en el que menos se ha avanzado. Ninguno de los miembros del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria ha mostrado interés por establecer mecanismos de planificación conjunta. En este ámbito predomina la actitud defensiva de proteger las competencias temáticas y territoriales de cada institución. Tanto con relación a los servicios sociales como sanitarios las distintas instituciones han trabajado de manera separada en la definición de sus servicios. Se han producido avances, pero las instituciones sociales y las sanitarias siguen planificando y desarrollando su red de servicios de forma paralela y no complementaria”.</p>	4,15	74,19	3,23

4. Cumplimiento de los principales objetivos del Plan: acceso único, cartera de servicios única, sistema de información compartido y planificación conjunta	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
4.6. “Los avances respecto a la definición de una cartera de servicios son incompletos. Se ha elaborado un borrador de cartera de servicios, que ha quedado sobre la mesa. El catálogo de recursos y servicios sociosanitarios sigue siendo difuso y confuso, con lagunas y solapamientos, desigual desde el punto de vista territorial y básicamente discrecional (es decir, sujeto a la voluntad e iniciativa de las instituciones competentes)”.	4,04	77,42	3,23
4.7. “No hay a nivel de la CAPV un sistema único de información, únicamente un análisis previo del posible contenido de un sistema de información compartido. En este campo, las posibilidades de confluencia son pocas. El sistema sanitario dispone de un desarrollado sistema de recogida y evaluación de la información, a diferencia de los sistemas sociales, con fuentes de información fragmentadas y desconectadas”.	4,04	70,97	6,45
4.4. “Se ha mejorado en el acceso único de los casos sociosanitarios al recurso ‘sociosanitario’, pero no al resto de los recursos (sociales y sanitarios) que supuestamente configuran el ¿sistema? sociosanitario”.	3,15	38,71	22,58
4.3. “El avance más insuficiente se ha producido en lo relativo a la transinstitucionalización de pacientes de edad avanzada ingresados en hospitales psiquiátricos de larga estancia y que en estos momentos no presentan condicionantes psicopatológicos diferentes a cualquier proceso demencial”.	2,96	25,81	32,26
4.2. “A nivel de planificación y sistemas de acceso se ha avanzado suficientemente y, en general, en lo que se refiere al nivel de trabajo técnico también. El sistema único de acceso ya existía en algunos territorios y en este periodo se ha avanzado en su consolidación”.	2,65	12,90	35,48
4.5. “Se ha avanzado en el sistema de acceso único. La repercusión de este sistema es que el acceso se ha hecho más complejo tanto para los servicios como para los usuarios, con menor proximidad y agilidad. Se duplican las valoraciones y se mantiene la propiedad sobre la derivación”.	2,59	16,13	51,61

Efectivamente, la afirmación que obtiene un mayor apoyo –“A fecha actual, los avances en esos ámbitos no pueden considerarse suficientes. Hay mayor claridad en cuanto a qué servicios son de cada red, parece haber voluntad, pero no se vislumbra la red sociosanitaria con cartera de servicios definida, sistema de información único y planificación conjunta. No se ha avanzado de forma significativa en ninguno de los aspectos apuntados”– es de todas las planteadas la que ha concitado una puntuación mayor (4,31), cercana a la puntuación máxima²⁷. Las valoraciones globalmente negativas recogidas en el punto 1 tienen por tanto su correlato en una valoración también

²⁷ Aunque no es la que concita un porcentaje de acuerdo mayor; la respuesta 1.6, que se refiere a la ausencia de beneficios directos del desarrollo del espacio sociosanitario entre sus potenciales beneficiarios, registra una tasa de acuerdo del 80%.

negativa respecto al cumplimiento de lo que podrían considerarse objetivos instrumentales básicos para la consolidación de un espacio socio sanitario real. Se trata, por otra parte, de una valoración matizada, en la que se subraya la existencia de una voluntad clara por avanzar, aunque insuficiente, de momento, para alcanzar los objetivos propuestos.

Tras esta valoración, la siguiente en cuanto a grado de aceptación es la que hace referencia al escaso desarrollo que se ha producido en materia de planificación conjunta, debido, según el enunciado literal de la respuesta, a la actitud defensiva que mantienen las diversas instituciones en relación con a sus respectivas competencias temáticas y territoriales. También superan el 4 de puntuación media la constatación del insuficiente desarrollo alcanzado en cuanto a la definición de una cartera única de servicios²⁸ y en cuanto a la creación de un sistema centralizado de información, pese al trabajo realizado al efecto por el correspondiente Grupo de Trabajo.

No todas las valoraciones de este bloque superan en cualquier caso el 3, es decir, el punto a partir del cual puede hablarse de acuerdo: son las referidas al escaso impacto de las iniciativas para la reubicación de pacientes psiquiátricos susceptibles de ser reinsertados en la sociedad, y las referidas a la mejora que, con matices, se habría producido en la unificación de los sistemas de acceso. De ellas, una –la que obtiene mejor valoración– se plantea en términos positivos, mientras que la segunda considera que los pasos dados para centralizar el acceso de determinadas personas a los recursos socio sanitarios estaría teniendo un impacto negativo en el funcionamiento de los servicios. Se trata, efectivamente, de una valoración que goza de poco apoyo, pero que, como se indica también en el comentario adjunto, puede tener consecuencias importantes en los servicios en la medida en que las relaciones de coordinación sean sustituidas por relaciones de competencia o confrontación.

Algunos comentarios

- *“La salida de pacientes ingresados en centros psiquiátricos desde hace más de 20 años ha sido minoritaria. El motivo fundamental de esa escasa salida ha sido que se ha planteado como un traslado a un centro gerontológico de personas claramente institucionalizadas y con un comportamiento inadecuado para la convivencia con el colectivo que reside en las residencias. En concreto: hábitos de vida, adicción al tabaco, en algún caso alcohólicos, con una relación con la institución basada en “castigos”, y, lo más importante, acostumbradas a vivir en un dispositivo cerrado, mientras los centros gerontológicos son abiertos y la relación con la institución es diferente”.*
- *“En lo que se refiere al acceso único, nos encontramos con dificultades importantes sobre la “propiedad” de los usuarios y sobre la propiedad de las organizaciones que trabajamos en este ámbito. Existe una auténtica guerra de poder que repercute de forma directa y muy negativa en los gestores directos de servicios e impide la agilidad en el acceso de los servicios, produciéndose importantes retrasos en los accesos a los servicios de los usuarios e importantes pérdidas económicas para las organizaciones. El acceso único en el momento actual no es una mejora, sino todo lo contrario”.*

²⁸ Como se ha señalado en el punto anterior, y como se señala en la propia respuesta, se elaboró en el seno del CVAS una propuesta de cartera de servicios sociales y sanitarios en el ámbito socio sanitario que no fue aprobada en el Pleno en la que se trató, no volviéndose a abordar la cuestión en Plenos posteriores.

3.2.5. *Obstáculos al desarrollo del espacio sociosanitario en el País Vasco*

En los cuestionarios remitidos en la primera ronda del estudio no se preguntaba directamente acerca de los obstáculos con los que se ha ido encontrando el desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV. En los cuestionarios y en las entrevistas realizadas fueron apareciendo sin embargo, en consonancia con la visión negativa –aunque matizada– y de estancamiento reflejada por buena parte de las y los panelistas, elementos concretos que podían entenderse como obstáculos al desarrollo del espacio sociosanitario. A partir de los cuestionarios remitidos en la primera ronda se identificaron ocho obstáculos fundamentales, desde la ausencia de un modelo compartido a la insuficiente colaboración del Departamento de Sanidad, la dispersión institucional que existe en la materia, la existencia de una ‘agenda oculta’ por parte de algunas autoridades sanitarias o el insuficiente desarrollo de los propios servicios sociales.

5. Obstáculos al desarrollo del espacio sociosanitario en el País Vasco	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
5.1. “Se ha avanzado poco debido a la ausencia de una apuesta política decidida para el desarrollo del espacio sociosanitario. Tras la aparente unanimidad respecto a la necesidad de desarrollar ese ámbito, no existe un modelo compartido y consensuado respecto a la configuración del modelo sociosanitario y a las fórmulas para alcanzarlo”.	4,14	74,19	3,23
5.2. “Uno de los principales factores limitadores del desarrollo del espacio sociosanitario es la insuficiente colaboración del Departamento de Sanidad, con manifiesto desinterés por la materia. Desde Sanidad no se ha realizado una apuesta clara por el desarrollo de este espacio y se ha apostado por la contención, por la congelación, lo que implica una gran dificultad, incluso imposibilidad, de crear recursos o alcanzar acuerdos adicionales a los que ya existen”.	3,88	54,84	12,90
5.6. “El debate sobre el espacio sociosanitario apenas ha salido del ámbito técnico. Los partidos políticos no tienen una postura respecto a la materia y no son capaces de establecer directrices comunes para las instituciones que gobiernan, con lo que el debate se limita a la defensa de los intereses y puntos de vista (marcados fundamentalmente por razones de índole presupuestaria) de las instituciones enfrentadas”.	3,85	64,52	9,68
5.5. “Uno de los factores limitadores del desarrollo del espacio sociosanitario es la propia debilidad del sistema de servicios sociales. La coordinación sociosanitaria no es posible sin un fortalecimiento paralelo del sistema de servicios sociales; sin tal fortalecimiento, nos encontramos con una estrategia de coordinación sociosanitaria que se basa (más o menos implícitamente, más o menos voluntariamente) en la fragilidad de uno de los dos sistemas a coordinar y, por tanto, condenada al fracaso global (por más que puedan darse, con voluntarismo y esfuerzo de algunas personas, avances parciales y limitados)”.	3,38	45,16	19,35
5.4. “Ha podido existir en algunos momentos un clima de desconfianza interinstitucional –fundamentalmente entre el Gobierno Vasco y las Diputaciones–, que ha frenado el desarrollo del espacio sociosanitario; pero ese clima de desconfianza ha ido superándose”.	3,25	29,03	16,13

5. Obstáculos al desarrollo del espacio sociosanitario en el País Vasco	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
5.3. “No se ha avanzado significativamente, fundamentalmente, porque el avance de la coordinación sociosanitaria en la CAPV está muy condicionado por una posible ‘agenda oculta’, en función de la cual algunas autoridades sanitarias han interpretado la atención sociosanitaria como bandera de conveniencia para el abaratamiento de costes y la limitación de prestaciones por parte de la sanidad pública”.	3,18	35,48	25,81
5.7. “La dispersión interinstitucional –sobre todo en el seno del Gobierno Vasco, con un departamento de Asuntos Sociales y otro de Sanidad, sin unas directrices políticas superiores que les obliguen a entenderse– es una de las principales razones del estancamiento del espacio sociosanitario en la CAPV”.	3,00	35,48	38,71
5.8. “Ha tenido una cierta influencia el debate, aprobación, desarrollo y puesta en marcha en marcha de la Ley de Dependencia, proceso bastante caótico que ha centrado atención y esfuerzos durante más de un año y que ha repercutido en la adopción de un compás de espera durante este periodo”.	2,74	19,35	25,81

Como se observa en la tabla de resultados, la explicación más ampliamente aceptada es la de la ausencia de un modelo compartido y de una apuesta política decidida para el desarrollo del espacio sociosanitario: la puntuación media supera el 4 y casi el 75% de las y los panelistas se muestran de acuerdo con esta idea que, de alguna manera, atribuiría a las instancias políticas la responsabilidad en el escaso desarrollo del modelo. En el mismo sentido apunta la valoración que recibe la tercera mayor puntuación (la segunda, si se tiene en cuenta el porcentaje de acuerdo) –“El debate sobre el espacio sociosanitario apenas ha salido del ámbito técnico. Los partidos políticos no tienen una postura respecto a la materia y no son capaces de establecer directrices comunes para las instituciones que gobiernan, con lo que el debate se limita a la defensa de los intereses y puntos de vista (marcados fundamentalmente por razones de índole presupuestaria) de las instituciones enfrentadas”.

Puede pensarse por tanto que la ausencia de una reflexión política y social sería sobre esta materia se encuentra en la base, en opinión de la mayor parte de las personas encuestadas, del todavía escaso desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV.

También cuentan, sin embargo, con una aceptación relativamente importante –aunque desde luego inferior a la anterior– las opiniones que atribuyen directamente al ámbito sanitario los problemas detectados. La expresión más clara de estas ideas –“Uno de los principales factores limitadores del desarrollo del espacio sociosanitario es la insuficiente colaboración del Departamento de Sanidad, con manifiesto desinterés por la materia. Desde Sanidad no se ha realizado una apuesta clara por el desarrollo de este espacio y se ha apostado por la contención, por la congelación, lo que implica una gran dificultad, incluso imposibilidad, de crear recursos o alcanzar acuerdos adicionales a los que ya existen”– obtiene una puntuación media del 3,8 y está de acuerdo con ella un 55% de los miembros del grupo. Una aceptación algo

menor tiene, y suscita una mayor polarización (35% claramente a favor frente a 25% claramente en contra), la tesis de la ‘agenda oculta’, que atribuiría los obstáculos habidos a la utilización por parte de la administración sanitaria del espacio sociosanitario como bandera de conveniencia para el abaratamiento de costes y la limitación de prestaciones por parte de la sanidad pública.

La explicación que atribuye los obstáculos fundamentales a la fragmentación y escaso grado de consolidación del sector de los servicios sociales (identificada como 5.5,) recibe por su parte un grado de apoyo más bien tibio (3,3). Lo mismo ocurre, con el argumento de la dispersión interinstitucional, que concita una nota media de 3 puntos (el conjunto de las personas encuestadas están por tanto ‘algo de acuerdo’ con la idea), y las posiciones se reparten equitativamente en tres grupos de peso equivalente: quienes están muy o bastante de acuerdo, quienes están poco o nada de acuerdo, y quienes están algo de acuerdo. Finalmente, la argumentación de que la discusión y aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia ha supuesto un obstáculo importante al desarrollo del espacio sociosanitario recibe la menor puntuación media (2.7), con lo que cabe pensar que la mayor parte de las personas consultadas estaría poco o nada de acuerdo con ella.

Algunos comentarios

- *“5.1, 5.2 y 5.3 corresponden a una visión muy negativa. Ciertamente, podía haber habido más voluntad y esfuerzo –como en todo–, pero en modo alguno como para expresarlo así. En cuanto a la “agenda oculta” debe haber quien sigue viendo fantasmas donde no los hay”.*
- *“Fundamentalmente, falta de visión, estrategia real, liderazgo, decisión política”.*
- *“De momento se están defendiendo las posiciones propias de cada institución y sus presupuestos y áreas competenciales, más que buscar los ámbitos comunes y los recursos necesarios”.*

3.2.6. **Valoración respecto a la labor realizada por los órganos de coordinación establecidos**

La valoración respecto a la labor realizada por los órganos de coordinación sociosanitaria creados a lo largo de estos años –fundamentalmente, los cuatro consejos de atención sociosanitaria creados a nivel autonómico y territorial– constituye un elemento fundamental del balance, en la medida en que las principales iniciativas, aunque no todas, se canalizan a través de esos consejos y, sobre todo, en la medida en que el propio concepto de espacio sociosanitario se basa en la existencia de canales formales y fluidos de coordinación y colaboración (más incluso, cabe pensar, que en la existencia de recursos específicamente sociosanitarios). Por todo ello, en los cuestionarios se pidió directamente a las y los panelistas su opinión respecto a la labor realizada desde los órganos de colaboración establecidos.

A la hora de valorar las opiniones manifestadas, debe tenerse en cuenta que se refieren a cuatro realidades distintas, en la medida en que la valoración de la labor realizada por cada consejo en su ámbito propio de actuación puede variar de la de las demás. No

es objeto de este estudio, sin embargo, detallar de forma específica la labor realizada desde cada uno de los consejos, sino su funcionamiento y utilidad, como órgano de coordinación y colaboración, desde un punto de vista global. Por esa razón, se han eliminado, cuando se especificaban, la mayor parte de las referencias a los diversos consejos territoriales.

De la decena de opiniones planteadas, algunas son claramente positivas (6.1: El CVAS es un hito histórico; 6.2: “*El funcionamiento del CVAS ha sido correcto*”), y otras tienden hacia valoraciones negativas (6.3: “*Su funcionamiento ha sido inestable y errático*”; 6.6: “*Una herramienta formal carente de contenido y estructuralmente desequilibrada*”). Otras aportaciones hacen referencias menos categóricas y más centradas en deficiencias específicas (la carencia de personalidad jurídica, su alto grado de dependencia respecto a la disponibilidad o voluntad que en cada momento muestran quienes los integran, la escasa capacidad de acción de las personas designadas como responsables de la coordinación).

6. Valoración respecto a la labor realizada por los órganos de coordinación establecidos	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
<p>6.10. “Todavía sigue siendo evidente la escasa pero necesaria coordinación que debe establecerse entre los centros de salud y los servicios sociales, ahora sujetas al “buen hacer” de los profesionales. Está pendiente un mayor desarrollo de comunicación interdisciplinaria entre los profesionales de los diversos ámbitos (centros de salud y servicios sociales de base)”.</p>	4,10	67,74	3,23
<p>6.8. “Personalmente, la experiencia de coordinación sociosanitaria en la que he participado ha sido positiva y enriquecedora. La mayor crítica que se le puede hacer es que ha dependido en exceso de las personas, sufriendo acelerones o parones en función de quién estuviera al frente de cada institución”.</p>	3,74	51,61	12,90
<p>6.5. “La principal dificultad a la que se enfrenta es su carácter voluntario, indisolublemente unido a la naturaleza actual del Consejo debido al actual reparto competencial temático y territorial, lo que dificulta mucho su funcionamiento cuando existen actitudes poco colaboradoras. De hecho, sólo existe un compromiso moral de colaboración y de asunción de las decisiones el Consejo sin que haya un poder real que pueda hacer cumplir sus acuerdos más que la propia voluntad, el propio compromiso voluntario de sus miembros. La falta de personalidad jurídica propia, en relación con lo anterior, está también en la base de las dificultades de su funcionamiento (inexistencia de un presupuesto propio, dificultades administrativas, en ocasiones prácticamente insalvables, para financiar conjuntamente los proyectos aprobados, etc.)”.</p>	3,48	41,94	12,90
<p>6.4. “No puedo valorar positivamente ese Consejo desde el momento en que, prácticamente, desconocemos su existencia y sus actividades. Sabemos poco de él, y eso no es un buen indicador”.</p>	3,32	41,94	25,81
<p>6.3 “El funcionamiento del Consejo Vasco ha sido inestable y errático y de él no han emanado ni el impulso ni las directrices necesarias para dinamizar el sistema; eso se ha notado en los territorios. El modelo elegido –que exige la coordinación de las dos redes– requiere una coordinación interinstitucional que en el actual clima es muy difícil desarrollar”.</p>	3,27	32,26	12,90

6. Valoración respecto a la labor realizada por los órganos de coordinación establecidos	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
<p>6.9. “El funcionamiento de los consejos, en líneas generales, está lastrado por la escasa capacidad de actuación de sus coordinadores, que en general compatibilizan la función de coordinador con otras dentro de su Institución, y carecen de los recursos y las posibilidades de dedicación exclusiva para ejercer el liderazgo que requiere su función”.</p>	3,24	29,03	16,13
<p>6.1. “La creación del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria ha sido un hito histórico ya que, por primera vez en nuestra historia reciente, se ha constituido un foro representativo que permite superar los problemas que plantea la igualdad de poderes entre los diferentes integrantes de la administración pública, los compartimentos estancos en la toma de decisiones y la inexistencia de un poder por encima del Gobierno y de las Diputaciones forales que pudiese resolver los conflictos de intereses o encauzase debidamente la colaboración operativa entre ellas. Por primera vez, sus integrantes han renunciado, voluntariamente, a ejercer unilateralmente sus poderes y competencias y han aceptado que las decisiones de dicho Consejo, adoptadas de forma negociada y consensuada, sean vinculantes para sus integrantes con lo que se resolvía el problema de la toma de decisiones en común, insoluble, en la práctica, hasta su constitución”.</p>	3,21	35,48	25,81
<p>6.2. “El funcionamiento general del CVAS es correcto. Su mayor valor es el intercambio de información y, en su caso, discusión que en él se produce. Ello supone una herramienta “blanda” pero efectiva en nuestro contexto para mostrar iniciativas, estimular a los demás para que también avancen (induce una cierta competencia), para buscar complementariedades y para acercar visiones y orientaciones en los desarrollos sectoriales y/o territoriales. En definitiva, creo que es útil para avanzar y para hacerlo con mayor homogeneidad”.</p>	3,09	25,81	25,81
<p>6.7. “En general, los consejos han funcionado correctamente a través de los mecanismos de coordinación establecidos en el Plan”.</p>	2,43	9,68	38,71
<p>6.6. “Mi valoración respecto al funcionamiento del Consejo territorial es negativa. Se trata de una herramienta meramente formal y carente de contenido. Estructuralmente desequilibrada”.</p>	2,30	19,35	48,39

Sintomáticamente quizá, la idea que mayor grado de acuerdo concita es la única que, en este bloque centrado en los mecanismos de coordinación, es ajena a la labor de los consejos: la valoración que destaca la necesidad de ahondar en la coordinación sociosanitaria a nivel comunitario (*“Todavía sigue siendo evidente la escasa pero necesaria coordinación que debe establecerse entre los centros de salud y los servicios sociales, ahora sujetas al “buen hacer” de los profesionales. Está pendiente un mayor desarrollo de comunicación interdisciplinario entre los profesionales de los diversos ámbitos (centros de salud y servicios sociales de base)”*) es la que concita un grado de acuerdo más elevado, y más del 66% de los panelistas se muestran de acuerdo con esa idea. El resto de las valoraciones, tanto las positivas como las negati-

vas, se mueven entre el 3 y el 4, es decir, apenas superan el listón del ‘algo de acuerdo’. Dentro de éstas, sólo la que hace referencia a la dependencia de los consejos respecto de personas concretas concita un grado de acuerdo superior al 50%. De la misma manera que no generan grandes acuerdos, las valoraciones recogidas en este bloque tampoco concitan grandes desacuerdos. De todas ellas, sólo dos de las valoraciones –una abiertamente negativa y otra claramente positiva– reciben una puntuación inferior al 2.5 y un grado de acuerdo inferior al 20%.

En cualquier caso, también debe destacarse que de las diez valoraciones planteadas, las tres que resultan inequívocamente positivas están ente las cuatro ideas que alcanzan una menor valoración, junto a la 6.6., que agrupa los argumentos más claramente negativos.

Algunos comentarios

- *“La labor realizada es buena pero insuficiente, y muy institucional y burocrática”.*
- *“No se puede sustentar el éxito o fracaso de un Plan en un órgano específico, y menos si es de estas características. Creo que el esfuerzo debe ser de todos los que trabajamos en estas áreas y sobre todo en conocer los profesionales lo que se quiere lograr dentro del espacio sociosanitario para evidenciar las necesidades, las carencias y conocer los datos que permitan a todos (responsables, políticos, ciudadanos y trabajadores) intervenir y gestionar recursos”.*

Siguiendo con el análisis del funcionamiento de los consejos, se quiso saber también a través del primer cuestionario, si prima en el seno de los consejos de atención sociosanitaria una lógica de conjunto a la hora de tomar decisiones o si, por el contrario, priman los intereses particulares de cada institución. Respecto a esta cuestión, únicamente se plantearon tres alternativas, de las cuales dos apuntan hacia la escasa preponderancia de los intereses comunes. La tercera, que es la que obtiene un apoyo menor, señala que en el plano de la discusión conceptual se tienen en cuenta los intereses del conjunto, mientras que en la negociación de los acuerdos específicos de atención se tienen en cuenta los intereses de cada parte. Tampoco en este caso las valoraciones pueden considerarse categóricas –todas se sitúan entre el 3 y el 4– y sólo la primera de ellas (*“En las deliberaciones de los Consejos priman los intereses de cada institución, y no los del conjunto”*) concita un grado de acuerdo ligeramente superior al 50%.

7. ¿Prima una lógica de conjunto a la hora de tomar decisiones en el seno de los consejos de atención sociosanitaria?	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
7.1. “En las deliberaciones de los consejos priman los intereses de cada institución, y no los del conjunto”.	3,64	51,61	19,35
7.2. “En general, en los consejos se da, en el plano del debate conceptual, un respeto por los intereses de conjunto; en el plano de las realizaciones prácticas (convenios, por ejemplo), una simple puesta en común de lo acordado (negociado previamente entre las partes implicadas con la natural defensa de sus intereses particulares)”.	3,15	22,58	12,90

7. ¿Prima una lógica de conjunto a la hora de tomar decisiones en el seno de los consejos de atención sociosanitaria?	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
7.3. “Por lo general, han primado los intereses de cada institución, con una defensa particularmente intensa de sus intereses y puntos de vista por parte del Departamento de Sanidad”.	3,32	38,71	22,58

Algunos comentarios

- *“Si cada institución no defendiera sus intereses estaría haciendo dejación de sus funciones. Cuestión distinta es que, a partir de ello, se negocie y se llegue a acuerdos sobre temas de interés conjunto, que es lo positivo y lo que realmente sucede. Plantear la utopía idílica de que todos están de acuerdo en todo desde el principio es una ingenuidad”.*
- *“Creo que en la actualidad el sistema social defiende sus intereses de forma más rígida, en clave de confrontación y con complejos frente al sistema sanitario, lo que lleva a una respuesta más agresiva y defensiva, que perjudica a la gestión de los centros”.*

También se preguntó expresamente a las y los expertos en qué medida, a su juicio, se tiene en cuenta en los consejos la postura de los agentes sociales y las entidades del Tercer Sector (que, como se sabe, no están representados en ellos). De las cuatro valoraciones recogidas en los cuestionarios, sólo una apunta a que las opiniones de estos agentes sociales se tienen en cuenta, por vía indirecta, en los consejos. Las otras tres coinciden en señalar que la postura de los agentes sociales y las entidades del Tercer Sector se tiene poco en cuenta, reclamándose una mayor presencia en dos casos y argumentando la existencia de ciertos celos en otro.

8. ¿Se tiene en cuenta en los consejos la postura de los agentes sociales y las entidades del tercer sector?	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
8.1. “Los puntos de vista del Tercer Sector no son tenidos en cuenta en las deliberaciones de los diferentes consejos, y deberían serlo en mucha mayor medida”.	3,33	38,71	19,35
8.2. “Resulta llamativo que las entidades del Tercer Sector no tengan representación en esos consejos cuando tienen un papel importante en la construcción del espacio sociosanitario”.	3,41	45,16	25,81
8.3. “Los puntos de vista del tercer sector son tenidos en cuenta en la medida en que tienen un gran peso para las Diputaciones”.	2,46	6,45	45,16
8.4. “En general se tienen poco en cuenta. Ello se debe a la permanencia de una visión excesivamente reivindicativa de las entidades del Tercer Sector y de los agentes sociales ajenos a la administración pública, que lleva, en determinadas ocasiones y ante ciertos planteamientos, a actitudes defensivas ante ellos”.	2,75	19,35	32,26

Como en todas las preguntas relacionadas con el funcionamiento de los consejos, las respuestas contundentes son escasas y el grado de acuerdo de todas ellas oscila entre el 2,5 y el 3,5. La valoración que concita un mayor grado de acuerdo es la que muestra su extrañeza por la ausencia de representación social en estos consejos; la idea de que los puntos de vista del Tercer Sector son recogidos en los consejos a través de las Diputaciones es, por el contrario, la opinión que despierta un grado de acuerdo menor.

3.2.7. *Diferencias territoriales en la asistencia sociosanitaria*

Tal y como se ha señalado anteriormente, la distribución competencial existente en la CAPV en materia de servicios sociales, lleva a la existencia, en realidad, no de uno, sino de tres espacios sociosanitarios distintos, con ritmos de desarrollo y niveles de disponibilidad de recursos diferentes. Ésa es también la visión de quienes han participado en la encuesta, que en sus respuestas constatan la existencia de diferencias territoriales muy significativas: las diferencias en los enunciados se relacionan con los argumentos que se dan para explicar esas diferencias y con las medidas que se proponen para corregirlas, pero no puede decirse que difieran en el argumento fundamental (si bien una de ellas, la que menor valoración recibe, apunta a que las disparidades existentes estarían en vías de superarse debido a la mayor implicación de las instituciones que iban más rezagadas). En consonancia con la unanimidad del diagnóstico global, todas las valoraciones superan el 3, es decir, concitan al menos un grado mínimo de acuerdo en el conjunto del grupo.

9. ¿Existen aún diferencias territoriales en la organización de los servicios y en la disponibilidad de recursos sociosanitarios?	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
9.1. “El sistema de atención sociosanitaria sigue desarrollándose de forma diferente en los tres Territorios Históricos tanto en lo que se refiere a recursos disponibles como a la financiación, por lo que, está claramente desequilibrado en cuanto al derecho de cada ciudadano de la CAPV a la Atención Sociosanitaria dependiendo de su territorio de residencia”.	4,12	61,29	3,23
9.5. “Existen diferencias respecto a la red social, pero no respecto a la red sanitaria. Esta última se articula a través de planes autonómicos, homogéneos para toda la CAPV, mientras que la red social depende del grado de iniciativa de cada Ayuntamiento o Diputación”.	3,88	61,29	6,45
9.4. “Existen diferencias territoriales importantes entre los diversos Territorios Históricos, pero también dentro de cada Territorio, con la mayor parte de los recursos concentrados en las capitales”.	3,81	58,06	6,45
9.10. Las diferencias territoriales se reducirían si se establecieran en el ámbito sociosanitario leyes de obligado cumplimiento para toda la CAPV, por encima de la Ley de Territorios Históricos”.	3,35	41,94	16,13
9.2. “La voluntad del Departamento de Sanidad de no ahondar en las diferencias interterritoriales que ya existen ha provocado el estancamiento en la creación de nuevos recursos en los territorios que, como Gipuzkoa, más avanzaron en otras épocas en la creación de infraestructuras sociosanitarias conjuntas”.	3,21	29,03	22,58

9. ¿Existen aún diferencias territoriales en la organización de los servicios y en la disponibilidad de recursos sociosanitarios?	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
9.6. “La corrección de las diferencias pasa por la adopción de mecanismos ‘blandos’ de coordinación, como el mayor intercambio de información, y probablemente por la elaboración de planes anuales de conjunto”.	3,08	22,58	19,35
9.3. “Las diferencias territoriales existentes se deben fundamentalmente al diferente grado de desarrollo de los servicios sociales en cada territorio, aunque poco a poco estas diferencias están siendo corregidas debido a la voluntad política de las instituciones que iban más rezagadas”.	3,04	32,26	25,81

Sin duda, la valoración que concita un mayor grado de acuerdo es la que constata la existencia de diferencias interterritoriales en el acceso de la ciudadanía a los diversos recursos: *“El sistema de atención sociosanitaria sigue desarrollándose de forma diferente en los tres Territorios Históricos tanto en lo que se refiere a recursos disponibles como a la financiación, por lo que, está claramente desequilibrado en cuanto al derecho de cada ciudadano de la CAPV a la Atención Sociosanitaria dependiendo de su territorio de residencia”*. También recibe un grado importante de apoyo la idea de que las diferencias se circunscriben al área de los servicios sociales, pero no a la de la sanidad, donde la homogeneidad de los recursos sería mayor (esta respuesta, en cualquier caso, aclara poco sobre las diferencias interterritoriales en la dotación de recursos específicamente sociosanitarios). Por otra parte, la idea de que las diferencias territoriales no se producen sólo al comparar a los tres Territorios Históricos entre sí y que se producen también dentro de cada uno de ellos recibe un apoyo elevado (3,8), con menos de un 7% de las personas encuestadas contrarias a esta idea.

Son pocas, por otra parte, las personas consultadas que consideran que los mecanismos blandos de coordinación pueden resultar útiles para la corrección de las deficiencias detectadas (el 22%) y pocas también quienes creen que las diferencias, que se atribuyen al desigual desarrollo de los servicios sociales, están reduciéndose gracias a la mayor implicación de las instituciones que iban más rezagadas (32%).

3.2.8. **Los mecanismos para la financiación de la asistencia sociosanitaria**

El análisis de los convenios y acuerdos adoptados en la CAPV, desde los primeros años de su desarrollo, en materia de coordinación sociosanitaria pone de manifiesto en qué medida el aspecto de la financiación, y cofinanciación, de los recursos ha constituido una de las piedras angulares del proceso. De hecho, una de las valoraciones que recibe un mayor grado de aceptación en este bloque (3,5) es la que considera la necesidad de pactar la cofinanciación de los diversos recursos como uno de las principales motivos que ha guiado el desarrollo del espacio sociosanitario, por encima incluso de la adaptación de los recursos a las necesidades de los usuarios. En un contexto de crecimiento intenso del gasto, y de crecimiento aún más intenso de las necesidades de muchos usuarios y usuarias de servicios sociales en materia de atención sanitaria, la importancia dada a la búsqueda de nuevos equilibrios en materia de financiación no deja de resultar comprensible.

Al margen de esta constatación –que, en cualquier caso, recibe un apoyo bastante tibio–, la mayor parte de las respuestas recogidas en relación con la financiación denotan cierta insatisfacción por la situación, que no se refiere tanto a la escasez de recursos económicos como a que es la necesidad de pactar continuamente la cofinanciación de los diversos recursos la que estaría lastrando en buena medida el desarrollo de la atención socio sanitaria. En ese sentido, la respuesta que alcanza un mayor grado de acuerdo (3,69) es la que subraya la fragilidad de un sistema obligado a negociar de forma específica y aislada la financiación de todas y cada una de sus iniciativas. La multiplicación de agentes que intervienen en esas negociaciones, junto a su dispersión geográfica y temporal, provocan un mapa claramente fragmentado, en el cual lo que es posible en un momento o territorio determinado, no lo es en otro, o puede dejar de serlo con relativa facilidad.

También alcanzan una valoración relativamente elevada (3,4 y 3,3) otras dos afirmaciones críticas con los resultados del modelo de financiación vigente. La primera de ellas señala las dificultades para alcanzar acuerdos de financiación como uno de los principales escollos al desarrollo del espacio socio sanitario, mientras que la segunda subraya la confusión que impera en relación con las fuentes de financiación de determinados recursos –con servicios sanitarios financiados desde la parte social y prestaciones sociales desde la sanitaria; con entidades que reciben fondos desde las dos áreas de forma descoordinada–, lo que incide negativamente en la adecuación de los recursos. En cualquier caso, debe subrayarse la baja puntuación que han obtenido en conjunto las diversas ideas planteadas en relación con los sistemas de financiación.

Menor grado de apoyo reciben las escasas propuestas realizadas para mejorar la situación en términos de financiación: la implicación de las empresas privadas es rechazada por el 70% de las personas que han participado en el estudio, mientras que la creación de un fondo o caja única centralizada sólo es apoyada por un 22%. Por último, la idea de acercar el sistema de financiación de los servicios sociales al que impera hoy en el ámbito de la sanidad recibe un apoyo, aparentemente, más bien tibio (3,1). Si, en lugar del apoyo medio, se observa el porcentaje de acuerdo y de desacuerdo, se aprecia cierta polarización, con un 41% a favor y un 32% en contra.

10. Consideraciones sobre el modelo de financiación pública de los recursos socio sanitarios	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
<p>10.2. “El propio sistema de financiación en el que se basa el espacio socio sanitario no es garante de continuidad por estar sujeto a acuerdos concretos entre las dos instituciones (Sanidad y Diputación Foral). Es un modelo de financiación frágil por apoyar determinados proyectos o servicios concretos”.</p>	3,69	58,06	3,23
<p>10.1. “Uno de los principales motivos que ha guiado el desarrollo del espacio socio sanitario ha sido la necesidad de reequilibrar el gasto y de pactar la cofinanciación de determinados recursos. Tal necesidad ha pesado más que la adaptación de los recursos a las necesidades de las personas usuarias, se ha reflejado en el tipo de acuerdos establecidos y ha sido un elemento que ha consumido excesivas energías; la negociación económica ha tenido más peso que el factor asistencial”.</p>	3,56	51,61	19,35

10. Consideraciones sobre el modelo de financiación pública de los recursos sociosanitarios	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
<p>10.3. “La lentitud en los avances para el desarrollo del espacio sociosanitario se debe fundamentalmente a desacuerdos respecto a problemas concretos en el ámbito de la financiación. El principal escollo para alcanzar acuerdos en esta materia estriba en la dificultad de percibir por parte de cada institución como responsabilidad propia o al menos compartida cargas económicas que se consideran impropias o de exclusiva responsabilidad de otros”.</p>	3,46	41,94	6,45
<p>10.4. “La financiación de los recursos sociosanitarios es insuficiente y confusa: no se determina con claridad qué servicios debe financiar Sanidad, cuáles Diputación, y cuáles deberían tener una financiación mixta. En la actualidad, hay servicios básicamente sociales financiados por Sanidad y servicios eminentemente sanitarios financiados por las Diputaciones. El origen de la financiación determina después el tipo de profesional que presta el servicio y el propio servicio prestado, con lo que se produce una mezcla de funciones y un deterioro en la calidad de la atención”.</p>	3,30	48,39	25,81
<p>10.5. “Hablar de la financiación de la atención sociosanitaria es lanzar una cortina de humo, lo que hay es un modelo de financiación de los servicios sociales y otro de financiación de los servicios sanitarios que, en buena lógica, debieran parecerse cada vez más”.</p>	3,19	41,94	32,26
<p>10.6. “La única forma de garantizar una financiación adecuada, suficiente y equilibrada es el establecimiento de una única ‘bolsa de financiación’ o ‘caja única’ para la atención social, sociosanitaria y sanitaria. Deberían presupuestarse partidas generales a nivel centralizado, que luego se gestionen en los tres Territorios”.</p>	2,30	22,58	54,84
<p>10.7. “Para lograr nuevos avances en materia de financiación se podría implicar en mayor medida a las empresas privadas”.</p>	1,69	6,45	70,97

Por otra parte, de la lectura de la primera ronda de los cuestionarios se podía colegir un desacuerdo generalizado con la idea de que hay personas que no reciben la asistencia sociosanitaria que precisan debido a que carecen de recursos económicos propios. Las valoraciones realizadas coincidían en que la razón de los posibles casos de desatención en esta materia no es la incapacidad de pago, sino, en todo caso, la inexistencia de recursos o el desarrollo desestructurado del sector. De hecho, las dos afirmaciones que, cada una con sus matices, reflejan esa tesis concitan un grado de acuerdo bastante elevado (3,9 y 3,5, respectivamente).

Tomados en conjunto, los panelistas no parecen en cualquier caso muy convencidos de que el sistema asuma sin ningún problema a las personas sin recursos económicos: el conjunto de los panelistas estarían ‘algo de acuerdo’ con esa idea y algo menos de un tercio están muy o bastante a favor de la misma. Un grado de acuerdo aún inferior despierta, por último, la idea de que las dificultades de acceso al empadronamiento constituyen un obstáculo mayor que la capacidad económica a la hora de recibir servicios.

11. ¿Existen personas o colectivos que no reciben asistencia sociosanitaria en la CAPV por carencia de recursos económicos propios?	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
11.4. “La carencia de recursos económicos de las familias afectadas no es, aquí y ahora, la razón principal ni en muchos casos un motivo suficientemente significativo. No podemos achacar una posible desatención a la condición económica individual. La desatención socio-sanitaria, de producirse (que se produce) responde al mismo motivo que la desatención en el ámbito de los servicios sociales: al desarrollo aún incompleto y quizá desestructurado de este sector”.	3,90	61,29	3,23
11.1. “No creo que haya personas que por falta de recursos económicos no pueden acceder a la atención sociosanitaria. Lo que sí ocurre es que la saturación o inexistencia de determinados recursos sociosanitarios públicos perjudica especialmente a quienes no pueden costearse el acceso a un centro o profesional privado”.	3,54	58,06	22,58
11.3. “Las personas sin medios económicos son asumidas por el sistema sin ningún problema”.	3,07	32,26	29,03
11.2. “Hay personas que no reciben asistencia sanitaria (y aún menos sociosanitaria): la razón sin embargo no es la carencia de recursos económicos, sino la dificultad para su regularización administrativa (acceso al empadronamiento, fundamentalmente)”.	2,86	35,48	41,94

Tampoco las afirmaciones realizadas en relación al copago de la atención sociosanitaria parecen concitar un grado de acuerdo elevado (la que recibe mayor apoyo no llega al 4); sí se observa sin embargo, con bastante claridad, una postura mayoritariamente favorable al modelo vigente, que establece la participación económica de la persona usuaria en la financiación de las prestaciones sociosanitarias que recibe. Muestra de ello es que las tres valoraciones críticas –por diferentes razones– con el copago reciben una puntuación inferior al 3, y un porcentaje de apoyo que no supera en ningún caso el 33%. Al contrario, la respuesta que obtiene un mayor grado de acuerdo (3,6) no sólo se muestra favorable a la idea de la participación de la persona usuaria en el pago de los servicios sociosanitarios recibidos, sino que, además, subraya que la forma en la que el copago ha sido recogido en el modelo sociosanitario de la CAPV permite una actuación socialmente justa y financieramente sostenible

12. Reflexiones en torno al copago de la atención sociosanitaria	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
12.1. “La opción realizada a favor del copago de las prestaciones sociosanitarias –a diferencia de la gratuidad de las prestaciones exclusivamente sanitarias– es adecuada y correcta, tanto en términos de viabilidad económica como de equidad y justicia. La aplicación de los criterios reflejados al efecto en el apartado 3.3.3 del Plan Estratégico ²⁹ permiten una actuación socialmente justa y financieramente sostenible”.	3,61	61,29	22,58

²⁹ Entre otras, relación directa de la aportación individual con el coste del servicio recibido y con los recursos del usuario; aportación individual siempre inferior al montante de las rentas del usuario, de modo que siempre se garantice un mínimo vital a su disposición; no exclusión de la prestación del servicio por carecer de recursos económicos; no determinación de la calidad del servicio prestado función de la participación de las personas usuarias en el coste de dicho servicio; establecimiento de obligaciones económicas a quienes teniendo patrimonio suficiente no cubran la totalidad del precio público establecido, etc.).

12. Reflexiones en torno al copago de la atención sociosanitaria	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
12.2. “Soy favorable al copago, pero en los centros sociosanitarios la persona usuaria sólo debería pagar por los servicios hosteleros recibidos (alojamiento, manutención, etc.) y no por los servicios estrictamente sanitarios”.	3,31	45,16	32,26
12.3. “No soy favorable al copago; en cualquier caso, si se contempla, debe establecerse a título individual, vinculando el montante de ese copago a los ingresos o las rentas de la persona afectada y no del conjunto de la unidad familiar”.	2,78	29,03	35,48
12.4. “Pienso que el copago es una buena medida educativa siempre que por ello no se vulneren los derechos de las personas usuarias, reteniéndoles prestaciones a las que tienen derecho, mientras están acudiendo a un servicio”.	3,44	48,39	19,35
12.5. “El sistema de financiación vía copago no involucra por igual a toda la sociedad en el sistema, discriminando a la persona que vive una situación de dependencia, responsabilizándola de su diferencia. Estamos de esta manera consolidando un derecho menos fundamental que el acceso al sistema educativo o sanitario”.	2,76	32,26	48,39
12.6. “La atención sociosanitaria debiera estar financiada, como otros recursos que definen el Estado del Bienestar, por parte exclusivamente de las Administraciones, con todo lo más algún mecanismo moderador del gasto”.	2,64	25,81	51,61

Algunos comentarios

- “¿Por qué es adecuado y correcto, equitativo y justo el copago para las prestaciones sociales y sociosanitarias y no para las sanitarias?”
- “La financiación del usuario es necesaria por diversos motivos: económicos, por recaudación: de solidaridad, al financiar más el que más tiene; por uso disuasorio del servicio; por valorar más el usuario el servicio que recibe...”.
- “El copago es discriminatorio en cualquier servicio. Pero, por otro lado, resulta necesario para paliar el riesgo moral que entrañan las prestaciones gratuitas y para la sostenibilidad del sistema. La clave de este dilema está en establecer una serie de cautelas que respeten en lo posible los principios de justicia social, tales como las que se refieren en el Plan Estratégico”.

3.2.9 La actitud de las instituciones y los agentes sociales ante el desarrollo del espacio sociosanitario

En los cuestionarios de la primera ronda no se preguntó de forma específica sobre la actitud de las instituciones y de los demás agentes sociales en relación con el desarrollo del espacio sociosanitario. En las respuestas recogidas se ponían de manifiesto, sin embargo, numerosas valoraciones en ese sentido –algunas de ellas muy críticas–, que se consideró de interés someter al juicio del conjunto de panelistas. Las diversas valoraciones recogidas hacen referencia tanto a la actitud de Eudel y de las entidades locales, como a la actitud del Departamento de Sanidad –interpretada desde diversos ángulos– o a la falta de una línea de acción homogénea en el seno del Gobierno Vasco.

13. Actitud de instituciones y agentes sociales ante el desarrollo del espacio sociosanitario	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
13.6. “La presencia de Eudel en el espacio sociosanitario es prácticamente inexistente. La asociación de municipios vascos se diluye en este entorno. Salvo excepciones, los Ayuntamientos no contemplan los servicios sociosanitarios entre sus prioridades”.	4,04	64,52	6,45
13.2. “La cuestión básica de la atención sociosanitaria es la implicación del Departamento de Sanidad en el tema. Si Sanidad no se considera parte del sistema sociosanitario, lo que supone su implicación formal y real en su implementación, con compromisos presupuestarios claros y a largo plazo, no existirá un ámbito sociosanitario real y efectivo. En la actualidad, el Departamento de Sanidad es muy reacio a involucrarse con realismo, de acuerdo con sus responsabilidades, en el desarrollo de nuevos recursos o en la cofinanciación de los ya existentes, porque no cree ni asume su ineludible papel institucional en el campo sociosanitario. En realidad, Sanidad no cree en lo sociosanitario, tal como lo formulan los expertos y las demás instituciones sociales, ni acepta que le corresponde asumir un papel destacado en el mismo como copartícipe en su financiación y en la puesta en marcha de los necesarios recursos sanitarios que debe aportar al ámbito sociosanitario”.	3,64	54,84	19,35
13.3. “Existen intereses confrontados entre ambos sistemas: Sanidad no tiene voluntad de comprometerse y de avanzar porque tiene unos objetivos muy claros de externalización de casos considerados sin objetivo terapéutico. Diputación sin embargo no tiene claro lo que quiere a medio plazo, pero sí voluntad de avanzar. Sanidad parte además de una conceptualización muy restrictiva de lo que es su ámbito de intervención, mientras que las Diputaciones, tradicionalmente, han ido asumiendo todo lo que dejaban fuera los demás sistemas (en este caso, Sanidad), llegando en la práctica a crear una red paralela de recursos cuasi-sanitarios”.	3,63	64,52	19,35
13.4. “El sistema sanitario público se encuentra inmerso en una crisis sistémica y, tarde o temprano, ha de enfrentarse a un cambio de paradigma (también en lo que tiene que ver con su financiación). Mientras no lo hace, ensaya falsas soluciones como la de intentar endosar, en la medida de lo posible, todo lo que pueda ser denominado como sociosanitario al sistema de servicios sociales”.	3,42	35,48	16,13
13.1. “Una de las razones del escaso desarrollo del espacio sociosanitario es que el Gobierno Vasco no ha sabido impulsar una línea concreta de acción, debido a la división o enfrentamiento entre los dos departamentos con responsabilidad en el área y a la ausencia de líneas directrices claras desde instancias superiores a esos Departamentos dentro del propio Gobierno. Desde ese punto de vista, sería conveniente la unificación en una sola Consejería de las áreas de Sanidad y Bienestar Social para facilitar el desarrollo del espacio sociosanitario”.	2,70	22,58	41,94
13.5. “La actual situación de Sanidad le hace ser prudente a la hora de reservar medidas de financiación para programas que no considera estructuralmente sanitarios, sino fundamentalmente sociales”.	2,61	19,35	38,71

Como se observa en la tabla, de las cinco valoraciones recogidas en este apartado, la que despierta mayor grado de acuerdo es la que pone de manifiesto la pasividad de las instituciones locales, y de la entidad que las agrupa, frente al desarrollo del espacio sociosanitario (*“La presencia de Eudel en el espacio sociosanitario es prácticamente inexistente. La asociación de municipios vascos se diluye en este entorno. Salvo excepciones, los Ayuntamientos no contemplan los servicios sociosanitarios entre sus prioridades”*). Aunque menor, también reciben un grado relativamente elevado de apoyo las afirmaciones que atribuyen el escaso desarrollo del espacio sociosanitario a resistencias por parte del Departamento de Sanidad o a la confrontación de intereses entre ambas redes. Puede destacarse en ese sentido que las afirmaciones críticas con la actitud del Departamento de Sanidad –recogidas en varios de los cuestionarios de la primera ronda– concitan un grado de desacuerdo sorprendentemente bajo –por debajo del 20%–, lo que podría entenderse como una primera conclusión digna de mención a la hora de diagnosticar la situación del espacio sociosanitario en la CAPV y los factores que han conducido a ella.

Por otra parte, la idea de que el escaso desarrollo del espacio sociosanitario se debe a la ausencia de un impulso suficiente desde Gobierno Vasco y a la existencia en su seno de dos áreas con competencias en la materia, es mayoritariamente rechazada. Tampoco recibe un apoyo significativo, al contrario, la afirmación 13.5, que justifica por razones de prudencia, una posible renuencia del Departamento de Sanidad a asumir determinadas competencias en materias no estrictamente sanitarias.

Algunos comentarios

- *“¡Claro que Sanidad podría involucrarse más! Pero exactamente lo mismo puede achacarse a la contraparte. Creo que no es buena táctica (si es que realmente se quiere progresar) echarse los trastos a la cabeza; por el contrario, los avances se consiguen buscando y negociando puntos de confluencia”.*
- *“En relación a la respuesta 13.1, estoy de acuerdo con la primera parte, pero no con la segunda. En este momento Sanidad fagocitaría a Bienestar Social. Pueden unirse una vez que el sistema esté desarrollado, reconocido y en términos de igualdad”.*
- *“En relación a la respuesta 13.5, no se trata de prudencia sino de falta de voluntad para asumir formal y realmente el tema”.*
- *“En relación a la respuesta 13.6, es lógico que los Ayuntamientos no contemplen como prioritarios los servicios sociosanitarios, ya que no son de su competencia, sino de las Diputaciones forales”.*
- *“Eudel se ha implicado poco en un tema que es importante para los ciudadanos. Falta su opinión y criterios que pueden dar un impulso o valor a este espacio”.*

3.2.10. Valoraciones respecto a la red de recursos

El Plan Estratégico para el Desarrollo de la Asistencia Sociosanitaria establece como uno de sus principios básicos la inconveniencia de crear una red paralela de servicios sociosanitarios, y apuesta por la prestación de servicios específicamente sociosanitarios tanto en los recursos sociales como en los sanitarios. Esa misma idea –planteada en el sentido de que no se trata de inventar nuevos tipos de servicios, sino de mejorar los existentes, incorporando servicios sociales a los recursos sanitarios y servicios sanitarios

a los sociales– es la que recibe un mayor grado de apoyo cuando se analizan las valoraciones respecto a la red de recursos establecida (el 80% de las personas encuestadas se muestra a favor de esta tesis). También recibe un grado importante de apoyo, sin embargo, la idea de que más allá de los recursos, lo prioritario sería llevar a cabo una reflexión estratégica sobre el modelo de atención socio sanitaria que se requiere y las fórmulas para alcanzarlo.

La tercera opción más valorada, a la hora de la (re)definición de los recursos, es la que aboga por un cambio de mentalidad –fundamentalmente por parte de las y los profesionales que intervienen en el ámbito de la salud– al objeto de tener más en cuenta los condicionantes sociales que determinadas personas pueden presentar (desde la carencia de domicilio, a la ausencia de una red familiar de apoyo o la propia dificultad para expresar una demanda de atención o mantener un tratamiento) en lo que se refiere a la intervención sanitaria. Menor apoyo reciben, por el contrario, por debajo del 3, la idea de que la mayor parte de los recursos sociales son, debido a las características de las personas usuarias, recursos socio sanitarios, lo que plantea la necesidad de clarificar la oferta de servicios como paso previo a cualquier desarrollo y la que percibe cierta contradicción entre la idea de no crear centros específicamente socio sanitarios y la creación, de momento en Bizkaia y Gipuzkoa, de varias unidades que tendrían ese carácter (aunque formalmente dependan de las respectivas Diputaciones forales).

14. Valoraciones generales sobre la red de recursos	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
<p>14.2. “No se trata tanto de inventar nuevos tipos de servicios como de fortalecer, extender, dotar y mejorar los existentes. La clave está en entender que hay servicios sociales (sean residenciales, ambulatorios...) que habrán de incorporar más prestaciones y actividades de carácter sanitario; del mismo modo que habrá servicios sanitarios (hospitalarios, domiciliarios...) que habrán de incorporar más prestaciones y actividades consideradas típicas de los servicios sociales”.</p>	4,10	80,65	6,45
<p>14.4. “Más allá de los recursos (que se necesitan), lo prioritario es la realización de una verdadera reflexión estratégica sobre lo que se necesita y lo que se demanda, sobre qué modelo queremos y cómo se construye”.</p>	3,90	67,74	16,13
<p>14.9. “Más allá de la creación de recursos, el espacio socio sanitario requiere un cambio de mentalidad en determinados profesionales e instituciones del ámbito sanitario, reacios a considerar los determinantes sociales que pueden impedir o dificultar un tratamiento. Esto resulta obvio en el campo de la exclusión social o la enfermedad mental, cuando las y los pacientes no son a menudo conscientes de su enfermedad o no tienen capacidad de demandar ayuda de forma espontánea (demanda explícita). En esos casos, la red sanitaria debería ser más proactiva y, como hace cada vez en mayor medida la red social, ‘salir a la calle’ a buscar y a atender a sus pacientes”.</p>	3,72	61,29	16,13
<p>14.8. “En muchos casos, la carencia de recursos sociales adecuados frena la salida de los dispositivos sanitarios una vez completado el tratamiento”.</p>	3,66	58,06	12,90

14. Valoraciones generales sobre la red de recursos	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
14.1. "No deben plantearse recursos específicamente sociosanitarios, como una tercera red, entre al área social y el área sanitaria. Los dispositivos sociosanitarios son dispositivos de carácter social en los que están presentes los recursos sanitarios adecuados a las necesidades de las personas atendidas en ellos".	3,60	61,29	19,35
14.5. "La necesidad principal pasa por clarificar o inventariar los recursos con los que las diferentes instituciones cuentan. Este inventario nos permitirá en base a la cartera de servicios ordenar los recursos y planificar las necesidades no cubiertas".	3,38	48,39	22,58
14.6. "En realidad, la mayor parte de los recursos que hoy día forman parte de la cartera de servicios sociales deberían considerarse, dadas las características de la población que atienden, recursos sociosanitarios, y actuar en consecuencia".	2,97	35,48	35,48
14.7. "Para muchos colectivos, el problema principal radica en la ausencia de recursos sanitarios adecuados al carácter crónico de sus enfermedades, puesto que los servicios sociales, aunque de forma incipiente e insuficiente, atienden en parte sus necesidades".	2,97	35,48	29,03
14.3. "Existe una cierta contradicción entre la propuesta de creación de nuevos recursos sociosanitarios (que acabarían conformando una red diferente) y los principios del modelo sociosanitario aprobado, que apuesta por mantener dos redes diferenciadas, cada una con sus recursos, sin establecer una tercera red".	2,93	35,48	32,26

En relación con la idoneidad de los diversos recursos, se propuso a las expertas y a los expertos participantes en la segunda ronda del Estudio Delphi una batería de recursos y programas para que señalaran, de todos ellos, los cuatro que, a su juicio, requerirían un mayor grado de desarrollo. Como se observa en la tabla siguiente, en algunos casos la indicación del recurso propuesto lleva implícita la justificación de sus motivos, mientras que en otros se apunta únicamente el tipo de centro o programa propuesto. Por otra parte, son obvias las diferencias en cuanto al grado de especificidad de los programas señalados, que van desde los muy genéricos a los muy concretos, y en cuanto a la especificidad de los colectivos que se verían beneficiados por el desarrollo de los recursos propuestos.

La propia lista, al margen de la determinación de las prioridades, resulta de sumo interés en la medida en que pone de manifiesto los recursos cuya necesidad de desarrollo ha sido considerada digna de mención. Destacan, de entre las propuestas realizadas, las relacionadas específicamente con la atención residencial, que representan casi la mitad de las planteadas. Por el contrario, es palpable la ausencia casi total de propuestas relacionadas con los recursos de atención diurna, ocupacional y laboral, que constituyen, sobre todo en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, una parte significativa del desarrollo del espacio sociosanitario. La ausencia, como propuesta, de tales recursos, en cualquier caso, puede deberse tanto a que su desarrollo no se considera necesario como a que se considera que ha alcanzado ya un nivel suficiente.

15. ¿Qué recursos y programas necesitan de un mayor grado de desarrollo?	Nivel de prioridad*
15.1. "Recursos residenciales para personas con enfermedad mental (pisos y miniresidencias). La desinstitutionalización psiquiátrica no ha avanzado debido a la ausencia de recursos convivenciales para estas personas".	23
15.15. "Programas para una mejor coordinación del SAD y la enfermería u hospitalización a domicilio. Programas de intervención sociosanitaria a domicilio, con cuidados sociales y sanitarios".	19
15.3. "La atención temprana es todavía hoy un reto, sobre todo en los trastornos mentales en la etapa infantojuvenil, donde el desarrollo del espacio sociosanitario es casi nulo (pese al desarrollo de algunas iniciativas). Deberían desarrollarse más programas de carácter terapéutico y educativo para menores con trastornos de conducta".	17
15.2. "La creación de unidades sociosanitarias en Donostia y Bizkaia constituye uno de los principales avances en esta materia. Se trata de un modelo de centro válido y genera satisfacción en las personas usuarias. Debería extenderse a Álava, y crearse unidades comarcales en las zonas más alejadas de las capitales".	14
15.4. "Todos los recursos y los mecanismos de coordinación que permitan que el alta hospitalaria se realiza con las necesarias garantías".	13
15.16. "Debería reforzarse la intervención en medio abierto, que ahora se realiza con educadores de calle desde el ámbito de lo social, con profesionales del ámbito de la psiquiatría, capaces de atender a las personas con enfermedad mental en situación de exclusión social extrema que no acuden a los centros de salud mental (personas sin hogar, toxicómanos refractarios al tratamiento, etc.)".	10
15.5. "Recursos de hospitalización de media y larga estancia para rehabilitación y estabilización del proceso patológico, al objeto de evitar las altas hospitalarias prematuras que se producen en la actualidad".	9
15.6. "Espacios de convalecencia para personas que están en exclusión social (consumidores en activo, con o sin padrón) que a la hora del alta hospitalaria no tienen un lugar para continuar los cuidados indicados por los médicos".	7
15.9. "Unidades residenciales para enfermos terminales, con particular atención a las personas enfermas de SIDA en fase terminal".	6
15.11. "Adaptación, dentro del medio hospitalario, a las necesidades de las personas ingresadas que carecen de familia o de una red de apoyo que les ayude durante el ingreso".	6
15.13. "Recursos para una rehabilitación más prolongada del daño cerebral adquirido".	5
15.8. "Refuerzo desde el ámbito sociosanitario de la asistencia a los/as familiares y a las personas cuidadora".	4
15.12. "Otros recursos específicos para personas mayores (unidades de memoria y Alzheimer, servicios de orientación geriátrica, centros de noche para personas mayores, unidades de corta estancia residenciales)".	3
15.14. "Recursos para toxicómanos en activo (como centros de baja exigencia y de consumo seguro)".	3

15. ¿Qué recursos y programas necesitan de un mayor grado de desarrollo?	Nivel de prioridad*
15.7. “Incremento de los servicios sanitarios de atención a la población inmigrante indocumentada, de forma que no tengan que acceder a los servicios de urgencias”.	2
15.10. “Programas de apoyo a familias de adolescentes consumidores de alcohol y drogas que no han generado un cuadro de toxicomanía”.	2

*Número de menciones

Cuatro de las propuestas recogidas reciben la mitad de las menciones y pueden considerarse, desde ese punto de vista, los recursos que a juicio de los expertos consultados sería necesario desarrollar con mayor prioridad: recursos residenciales para personas con enfermedad mental, programas de intervención sociosanitaria a domicilio, programas de carácter terapéutico y educativo para personas menores de edad con trastornos de conducta y un mayor desarrollo de las unidades específicas para personas mayores con necesidades sociosanitarias, siguiendo el modelo ya iniciado en Bizkaia y Gipuzkoa.

Tal y como se deriva de las tablas contenidas en la primera parte de este capítulo, la situación respecto a cada una de las propuestas que gozan de apoyo mayoritario es, en la actualidad, muy diferente: los recursos residenciales para personas con enfermedad mental han experimentado un cierto desarrollo en algunos Territorios Históricos, insuficiente sin embargo, a tenor de las opiniones expresadas, para atender la demanda existente en esta materia. La segunda de las propuestas que gozan de mayor aceptación se caracteriza por su escaso, más bien nulo, desarrollo: la coordinación sociosanitaria en el marco comunitario y, más concretamente, en el entorno domiciliario ha sido objeto de muy escasas iniciativas, pese al amplio desarrollo del SAD, en el ámbito de la intervención social, y de los programas de hospitalización y atención médica a domicilio; ambos tipos de programas deberían, a juicio de los expertos, coordinarse en mayor medida, creándose incluso programas sociosanitarios de intervención a domicilio. También está, entre las medidas que despiertan mayor nivel de aceptación, la propuesta de crear más recursos para la población infantojuvenil y para las personas menores de edad con trastornos de conducta: ciertamente, los recursos en este campo son escasos y, en algunos de los existentes, la participación financiera de los servicios sociales es nula. La última de las cuatro propuestas prioritarias –la extensión de las unidades sociosanitarias para personas mayores– pone de manifiesto la buena aceptación que, en términos generales, han tendido estos centros (que constituyen, hoy por hoy, a nivel de recursos, la materialización más clara del espacio sociosanitario en la CAPV).

Avanzar en algunas de las iniciativas que ya se desarrollan –unidades sociosanitarias y respuestas residenciales a las personas con enfermedad mental– y cubrir las lagunas en las que apenas se han desarrollado –intervención a domicilio y alternativas-educativo terapéuticas para los menores con trastornos de conducta– son por tanto, a nivel de recursos, las líneas de desarrollo por las que opta el grupo de expertos consultados para la redacción de este informe.

Antes de cerrar el capítulo dedicado a los programas y recursos socio sanitarios, es posible apuntar un breve inventario de las experiencias de buena práctica que, a juicio de este grupo de expertos, se están desarrollando en este momento en nuestro país. En el primer cuestionario se solicitó a las personas encuestadas que indicaran las posibles experiencias o iniciativas de buena práctica que, a su juicio, se desarrollan en el marco de la atención socio sanitaria en la CAPV. Dada la dificultad de someter el concepto de buena práctica y el contenido de las iniciativas propuestas a una suerte de votación pública, no se consideró oportuno incluir en el segundo cuestionario valoración alguna en relación a esas buenas prácticas. Sí parece conveniente, sin embargo, ofrecer en este informe la relación de los programas, entidades e iniciativas que fueron señaladas como tales en los cuestionarios, en la medida en que indicarían cuáles son las iniciativas que se consideran más prometedoras en este ámbito.

Como se observa en el listado, la variedad de enfoques de quienes han manifestado su particular catálogo de buenas prácticas es manifiesta. En algunos casos se hace referencia a proyectos muy concretos y en otros a medidas organizativas genéricas contempladas en el marco del desarrollo global del espacio socio sanitario, sin que falten referencias a iniciativas que, aunque positivas, parecen poco relacionadas con la atención socio sanitaria. Algunas de las aportaciones, además, detallan la razón de su elección y la enmarcan en el contexto del desarrollo de la atención socio sanitaria. Recogidas de la forma más literal posible y ordenadas alfabéticamente, las iniciativas a las que se hizo referencia expresa son las siguientes:

- *“Colaboración entre el Departamento de Oncología Infantil del Hospital de Cruces y la asociación Aspanovas”.*
- *“Desarrollo de una herramienta de diagnóstico social por parte del Departamento de Empleo, Justicia y Seguridad Social, facilitadora de la gestión de casos y el abordaje transversal e integral de los itinerarios de las personas”.*
- *“El conjunto de actividades de Matia Fundazioa, por la continuidad de recursos concertados con ambas administraciones y entre los dos sistemas (Consultas externas de geriatría, cardiología y neurología, rehabilitación ambulatoria, SEOG, UMA, Centros de día, Centros Gerontológico, Hospital de media larga estancia, Unidad de cuidados paliativos). Creo que es el paradigma de lo socio sanitario”.*
- *“Intervención con personas con daño cerebral por parte de Aita Menni”.*
- *“La asistencia socio sanitaria domiciliaria y el protocolo de colaboración , en vías de definición, entre el Ayuntamiento de Donostia y la comarca de Atención Primaria Este de Osakidetza”.*
- *“La colaboración en la atención a niños y adolescentes con problemas psiquiátricos y a nivel educativo entre el Departamento de Sanidad y Educación, por lo conseguido (que no es mucho), pero que ha tenido que salvar dificultades importantes”.*
- *“Las buenas prácticas que puedan existir tienen más que ver con personas y voluntades concretas que con modelos o sistemas de coordinación específico”.*
- *“Las comisiones de Orientación y Valoración establecidas en el marco de los Consejos Territoriales”.*
- *“Las dos entidades que trabajan en el campo del autismo (Gautena y Apnabi), asociaciones de padres que gestionan servicios educativos (aulas,..), sociales (residencias, viviendas, centros de día,..) y sanitarios (diagnostico, tratamiento farmacológico, psicológico, atención temprana,..). Son un ejemplo de coordinación socio sanitaria”.*

porque sus profesionales prestan servicios sanitarios y sociales simultáneamente desde una política única y bajo unos criterios de máxima coordinación e interdisciplinariedad. Precisamente es un ejemplo que no se enmarca en el desarrollo del plan estratégico sociosanitario”.

- *“Los Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial para enfermos mentales graves, con la creación de una red de nueve centros en Gipuzkoa, creo que es una buenísima experiencia de colaboración y confianza mutua”.*
- *“Los principales avances realizados en esta materia: la firma del convenio de colaboración de 2003 entre Sanidad, Eudel, Diputaciones y Asuntos Sociales, la elaboración del Plan Estratégico, los convenios suscritos para la atención sanitaria en residencias y para la creación de unidades sociosanitarias y el trabajo desarrollado por los diferentes grupos de trabajo sobre cartera de servicios, sistema de información, externalización de pacientes psiquiátricos, etc.”.*
- *“Observatorio de la situación de las personas mayores de 85 años de Bilbao por parte del Departamento de Acción Social del Ayuntamiento con la colaboración de la cooperativa Servicios Sociales Integrados”.*
- *“Programa de actuación diversificado de la Asociación Bizitegi”.*
- *“Programa de voluntariado en hospitales de Pastoral de la Salud de la Diócesis de Bizkaia”.*
- *“Sensibilización de personal sanitario que atiende partos por parte de asociaciones del ámbito de la discapacidad como Gorabide, unido a atención temprana”.*
- *“Unidades sociosanitarias de Donostia (Cruz Roja) y Bizkaia”.*

3.2.11. La atención prestada a los diversos colectivos

A la hora de valorar la situación desde el punto de vista de los diferentes colectivos susceptibles de ser atendidos desde los recursos sociosanitarios, se imponen dos constataciones: la primera es la de que, hasta ahora, el colectivo para el que más se ha trabajado es el de las personas mayores dependientes. La centralidad del papel que, hasta el presente ha jugado este colectivo, puede entenderse desde el punto de vista de su peso demográfico y de la importancia relativa que su atención supone para el conjunto de las redes de atención social y sanitaria. Al margen de la mera constatación de un hecho evidente, la amplia aceptación de esta afirmación puede poner también de manifiesto la idea de que es necesario, sin desatender a éste, desarrollar los servicios sociosanitarios que requieren otros colectivos. En ese sentido, casi todas las demás respuestas apuntan, de una u otra forma, a la necesidad de intensificar la atención sociosanitaria a las personas con enfermedad mental y, también, a todas aquellas que se encuentran en ‘tierra de nadie’, en las fronteras competenciales entre lo social y lo sanitario, o entre la atención especializada y la atención primaria.

16. Valoración de la atención prestada hasta la fecha a los diversos colectivos susceptibles de precisar asistencia socio sanitaria	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
16.1. "El colectivo con el que más se ha trabajado es con el de las personas mayores dependientes, tanto en la valoración de la dependencia como en la prestación de servicios sanitarios y sociales y en la creación de servicios de respiro para el apoyo a las familias cuidadoras".	4,21	77,42	3,23
16.5. "Por razones tanto asistenciales como sociales y económicas, la situación de los pacientes psiquiátricos de larga duración ingresados en hospitales psiquiátricos y externalizables es particularmente delicada. Su necesidad sanitaria está debidamente cubierta, pero no así la parcela de su necesidad social (reinserción)".	3,90	67,74	9,68
16.2. "Los colectivos que se encuentran en la actualidad particularmente desatendidos son aquellos que se encuentran en las fronteras competenciales tanto en lo socio sanitario como en la competencia de servicios especializados y de proximidad".	3,81	61,29	9,68
16.4. "El gran déficit de la atención socio sanitaria está en las personas con enfermedad mental".	3,79	61,29	12,90
16.3. "No me parece que haya colectivos abandonados, aunque alguno sí poco atendidos (como los pacientes psiquiátricos crónicos)".	3,00	35,48	32,26
16.6. "En el futuro sólo se atenderá al colectivo Tercera Edad ya que es el más influyente mediática, política y socialmente. Se descuidará la atención de otros colectivos que genéricamente se pueden clasificar de exclusión".	2,04	6,45	51,61

Algunos comentarios

- *En relación a la respuesta 16.6: 'No debiera ser así, y todos nos tendríamos que empeñar en que no lo fuera. No es sólo la Tercera Edad la que necesita apoyos especiales'.*
- *En relación a la respuesta 16.6: 'Sólo si no hacemos nada por que sea distinto'.*

¿Cuáles son los colectivos en los que, a juicio de las y los expertos consultados, convendría centrar de forma prioritaria los esfuerzos futuros? La respuesta que concita mayor adhesión hace referencia, justamente, al colectivo que no debería ser objeto prioritario de atención desde la óptica de lo socio sanitario: las personas inmigrantes, en la medida en que se considera que, por el mero hecho de ser extranjeras, no van a presentar problemas de salud o necesidades sociales distintas a los de las personas autóctonas. En el mismo sentido, la propuesta de dedicar una atención prioritaria a personas inmigrantes en general o, a las personas menores de edad no acompañadas, en particular, despierta un grado de acuerdo muy bajo, inferior al 3. También despierta un grado considerable de acuerdo, la idea –que incide en el mismo sentido que la reflejada en el punto 16.2– de que los colectivos que requieren una mayor atención son los que se ubican en la confluencia de diversas problemáticas, los que acumulan problemáticas

diversas, en la medida en que su situación exige, con mayor premura, la coordinación de áreas diversas y les expone además, en mayor medida, a la desatención que se genera cuando las competencias sobre un mismo caso pueden ser objeto de interpretación por parte de las diferentes instituciones competentes.

El mismo grado de apoyo recibe, por otra parte, la constatación de que las personas mayores (y las muy mayores) van a seguir requiriendo una atención particularmente intensa desde el ámbito sociosanitario. La idea –pertinente desde una perspectiva teórica– de que la atención sociosanitaria no debería centrarse, o debería hacerlo en la menor medida posible, en colectivos específicos, y deberían articularse recursos capaces de acoger a poblaciones lo más heterogéneas posibles, en función de necesidades comunes, recibe una aceptación que puede considerarse más bien tibia (3,3 puntos, apenas por encima del ‘algo de acuerdo’). Desde ese punto de vista, podría interpretarse que quienes han participado en el estudio consideran aceptable la estructuración de los recursos en función de los colectivos destinatarios, y que no ven urgente crear recursos amplios, basados en las necesidades y no en las categorías, capaces de atender a públicos relativamente diversos.

17. ¿En qué colectivos convendría concentrar, de forma prioritaria, los esfuerzos futuros?	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
<p>17.11. “Las personas inmigrantes, por el hecho de ser extranjeros, no van a presentar problemas de salud o necesidades sociales distintas a las de la población autóctona. Por lo tanto, los recursos hoy disponibles son los necesarios para dar cobertura a sus posibles demandas. La mejor forma de que se hiciera un uso razonable de los mismos sería permitiendo a los nuevos ciudadanos su acomodación a la sociedad anfitriona. Sin embargo, como inmigrantes –por lo que el proceso de inmigración conlleva– sí van a precisar inicialmente de ciertos recursos asistenciales que tengan en cuenta su cultura, su idioma, su proceso. No creo necesaria la creación de recursos específicos para los mismos, sino de su integración como el resto de ciudadanos a los recursos sociosanitarios generales, eso sí, adecuándonos a sus particularidades culturales”.</p>	4,00	70,97	6,45
<p>17.2. “Hay que tener en cuenta que no son colectivos excluyentes en cuanto a las necesidades que presentan y que es precisamente en la intersección de las necesidades de los diferentes colectivos donde se produce el mayor déficit, en la medida en que estas personas acumulan problemáticas múltiples, casi siempre con un componente relacionado con los trastornos de conducta o la enfermedad mental. Las personas con patología dual requieren una atención específica que hasta el momento no se ha prestado”.</p>	3,93	64,52	3,23
<p>17.3. “El grupo que, por cuestiones demográficas, va a requerir una mayor atención, es el de las personas mayores dependientes, especialmente las que presentan problemas de índole psicogerátrica”.</p>	3,93	64,52	0,00

17. ¿En qué colectivos convendría concentrar, de forma prioritaria, los esfuerzos futuros?	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
17.7. “Colectivos con patologías recurrentes (personas con deficiencia mental y con enfermedad mental crónica, personas con enfermedad mental crónica con graves deficiencias físicas, etc.), así como determinadas patologías emergentes (personas con enfermedades neurológicas degenerativas, afecciones cerebrales o vasculares sobrevenidas, comas vegetativos, etc.). Todas ellas, si bien son poco numerosas, representan una carga importante para sus familias”.	3,90	67,74	0,00
17.6. “Personas mayores con dependencia que viven en sus domicilios”.	3,89	58,06	3,23
17.4. “Las personas muy mayores (o cuarta edad) constituyen un colectivo en el que por razones obvias será imprescindible centrar en el futuro los esfuerzos de atención socio sanitaria”.	3,86	61,29	0,00
17.16. “Población infanto-juvenil con trastorno mental; personas menores de edad con trastornos de conducta”.	3,79	67,74	9,68
17.9. “El colectivo de personas con enfermedad mental severa va a continuar incrementándose en los próximos años y esto va a conllevar también un aumento en la asistencia socio sanitaria con especial atención a las personas que viven en el ámbito rural con menos oportunidades sociales y sanitarias”.	3,64	58,06	6,45
17.12. “Cada vez nos vamos a encontrar con un mayor número de personas con trastornos de la personalidad, no incluidas en la actualidad como enfermedad mental severa que requieren de una coordinación muy estrecha del mundo social y sanitario”.	3,59	48,39	19,35
17.8. “Personas enfermas en fase terminal, ya que las familias no saben cómo atenderles y no cuentan con recursos para hacerlo debidamente”.	3,48	35,48	3,23
17.5. “Personas con discapacidad mental que envejecen”.	3,46	48,39	6,45
17.13. “Dadas las características de nuestra sociedad (motorización creciente, deporte de riesgo, etc.), cada vez se darán más casos de daño cerebral adquirido”.	3,33	48,39	16,13
17.15. “Personas con problemas crónicos de alcoholismo”.	3,33	38,71	19,35
17.1. “La atención socio sanitaria no debería centrarse, o debería hacerlo en la menor medida posible, en colectivos específicos, y deberían articularse recursos capaces de acoger a poblaciones lo más heterogéneas posibles, en función de necesidades comunes. Ello debería obligar a muchas entidades a reorientar algunos de los servicios que ofrecen. Por tanto, antes de fijarse mucho en esos posibles “colectivos” procede clarificar el diseño de la atención o coordinación socio sanitaria generalista o polivalente, para luego ver cuál es la verdadera necesidad de intervenciones más especializadas o focalizadas”.	3,32	45,16	29,03
17.17. “Personas drogodependientes de larga evolución”.	3,31	48,39	19,35
17.14. “Personas menores inmigrantes no acompañadas”.	2,81	19,35	25,81

17. ¿En qué colectivos convendría concentrar, de forma prioritaria, los esfuerzos futuros?	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
17.10. “El colectivo de personas inmigrantes puede ser un potencial demandante de atención sociosanitaria (problemas de recursos económicos asociados a problemas derivados de falta de adaptación, difusión de enfermedades poco habituales o erradicadas en nuestro entorno, desconocimiento de pautas preventivas relacionadas con enfermedades poco habituales en sus países de origen...)”.	2,66	16,13	32,26

3.2.12. Las perspectivas que abre el nuevo marco normativo

En los últimos meses se han producido en nuestro contexto novedades importantes en relación al marco normativo sobre el que se sustenta la prestación de servicios sociosanitarios. Por una parte, hace menos de un año se aprobó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, todavía en fase de desarrollo, que ha traído, y seguirá trayendo, cambios de importancia en relación a la configuración de los servicios sociales y de la atención que se presta a un colectivo, el de las personas dependientes, con evidentes necesidades sociosanitarias. También se ha presentado, a nivel de la CAPV, un Anteproyecto de Ley de Servicios Sociales con el que se pretende renovar sustancialmente el marco normativo que rige en la Comunidad Autónoma del País Vasco la prestación de servicios sociales.

En lo que se refiere a la comúnmente llamada Ley de Dependencia, los desacuerdos parecen más evidentes que los acuerdos y sólo una de las valoraciones planteadas concita un porcentaje de acuerdo superior al 50%: es la que pone de manifiesto que ese texto influirá en la generación de una mayor demanda de prestaciones por parte de personas que, hasta la fecha, no habían considerado acceder a los servicios sociales y/o sanitarios para solicitar ningún tipo de ayuda. El resto de los posibles efectos –configuración de un sistema de obligado cumplimiento, introducción de un nuevo agente financiador, y establecimiento obligado de una única puerta de acceso en el caso de las personas dependientes– reciben un apoyo superior al 3 pero que, en cualquier caso, debe considerarse tibio. Frente a este apoyo un tanto relativo, las otras cinco propuestas planteadas no pasan el límite del 3, por lo que cabe considerar que, en conjunto, el grupo estaría poco o nada de acuerdo con ellas.

18. ¿Cuál será el impacto de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en el espacio sociosanitario de la CAPV?	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
18.3. “Influirá en la generación de mayor demanda, sacará a la luz situaciones de dependencia ocultas y, en ese sentido, crecerá la presión para dar una respuesta sociosanitaria a quienes tengan necesidades sociosanitarias, así como para reordenar el espacio sociosanitario”.	3,56	58,06	12,90

18. ¿Cuál será el impacto de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en el espacio sociosanitario de la CAPV?	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
18.2. “Tendrá un impacto importante, porque configura un sistema de obligado cumplimiento que, en principio, puede facilitar la coordinación y homogenización de las redes sociales de los tres Territorios, lo que facilitará el entendimiento con la red sanitaria”.	3,36	41,94	16,13
18.1. “Influirá positivamente por la introducción de un nuevo agente con capacidad de financiación”.	3,11	29,03	22,58
18.5. “El sistema de acceso y la cartera de servicios serán, necesariamente, únicos, porque así lo establece la ley citada (para las personas en situación de dependencia). Para el resto de las personas se mantendrán sistemas de acceso y carteras de servicios diferentes”.	3,08	32,26	25,81
18.2. “Al menos en la CAPV, tendrá una escasa influencia en el desarrollo del espacio sociosanitario”.	2,96	25,81	32,26
18.7. “El mayor desarrollo del sistema en otras comunidades nos beneficiará por el enriquecimiento que supondrá compartir experiencias con otros agentes”.	2,96	19,35	22,58
18.8. “En un primer momento al menos introducirá un factor adicional de burocratización, falta de información y desorientación”.	2,93	35,48	32,26
18.4. “A largo plazo, si se cumplen las previsiones y se desarrolla en su integridad, quizá sirva para derivar al sistema de servicios sociales a un cierto número de personas que, de no existir el derecho a la asistencia que establece esta Ley, hubieran podido demandar servicios al sistema sanitario”.	2,88	22,58	29,03
18.6. “Tendrá en algunos aspectos un impacto negativo, puesto que invisibiliza la aportación del sistema sanitario, y de otros, en la promoción de la autonomía personal y la asistencia a la dependencia”.	2,70	16,13	32,26

Finalmente, en lo que se refiere al impacto que puede suscitar el Anteproyecto de Ley de Servicios Sociales, la mayoría parece creer que puede tener un impacto positivo en la medida en que fortalecerá el sistema de servicios sociales y, consiguientemente, abrirá la puerta a la mejora de la coordinación sociosanitaria. También suscita un cierto apoyo, desde una posición más escéptica, la idea de que, al margen de los cambios normativos que se adopten, sin gestores interesados y sin presupuestos necesarios, la Ley tendrá una escasa repercusión. Además, más de la mitad de los miembros del grupo se muestran favorables a la idea de promulgar una norma que dé respaldo jurídico a las decisiones que se toman en el ámbito sociosanitario (en casos de reubicación o transinstitucionalización, por ejemplo).

19. ¿Cuál será el impacto del anteproyecto de Ley de Servicios Sociales de la CAPV?	Grado de acuerdo (0 a 5)	% de acuerdo	% de desacuerdo
19.2. "Puede y debe ser el instrumento mediante el cual las instituciones y agentes alcancen un acuerdo que permita entrar en una senda de articulación y fortalecimiento del Sistema Vasco de Servicios Sociales y, consiguientemente, vaya permitiendo mejorar la coordinación sociosanitaria. Debería ser útil para construir un único modelo integrado en la CAPV y para establecer un liderazgo claro en el ámbito de los servicios sociales que permita relacionarse con el Sistema Sanitario en condiciones de igualdad".	4,00	61,29	0,00
19.1. "Si no hay gestores con interés y no se habilitan los presupuestos necesarios, la Ley tendrá poca repercusión, como la anterior".	3,74	58,06	19,35
19.6. "Bien en el marco de esa ley, bien en el marco de una norma específica, sería necesario contar con algún texto legal que dé respaldo jurídico a las decisiones que se toman en el ámbito sociosanitario (en casos de reubicación o transinstitucionalización, por ejemplo)".	3,74	54,84	9,68
19.4. "Puede resultar útil para la consolidación del espacio sociosanitario en la medida en que parece que con el Anteproyecto se quiere facilitar un aspecto determinante –la coordinación interinstitucional– para el éxito real del espacio sociosanitario. Puede ayudar a consolidar los convenios como instrumento potente de desarrollo y colaboración interinstitucional".	3,61	54,84	9,68
19.3. "Consolida el modelo de espacio sociosanitario vasco en la medida en que recoge las infraestructuras de coordinación creadas en este ámbito y detalla los recursos sociosanitarios".	3,37	35,48	6,45
19.5. "Este Anteproyecto ahonda en la diferencia entre espacio sanitario y social; puede redundar en una mejora de la atención a las personas con necesidades sociosanitarias, pero únicamente desde el ámbito de lo social".	2,57	16,13	38,71

Algunos comentarios

- *"De forma general, entiendo que el impacto se dará cuando exista una nueva Ley, no por el Anteproyecto o Proyecto de ley en sí. De lo que actualmente conocemos (Anteproyecto) a lo que finalmente se apruebe puede haber importantes modificaciones. En todo caso, y dado que soy una firme defensora del proceso iniciado para la articulación y configuración de un verdadero "sistema" de servicios sociales (a lo que viene a responder el anteproyecto de ley), imprescindible a su vez en la articulación eficaz de la atención sociosanitaria, responderé en la confianza de que lo actualmente existente no se desvirtúe excesivamente".*
- *En relación a la respuesta 19.1: 'La Ley actualmente vigente ha sido muy importante y con gran repercusión'.*

3.3. ALGUNAS CONCLUSIONES

Tal y como se ha señalado en la introducción de este capítulo, se ha intentado a través de este estudio Delphi: a) recoger las valoraciones e interpretaciones que las personas

concedoras del espacio sociosanitario en la CAPV hacen de su actual grado de desarrollo, y b) identificar cuáles de todas ellas cuentan con un grado de consenso más elevado, al objeto de ofrecer, a partir de la visión de estas personas, un balance de la situación actual de la atención sociosanitaria. Con todo, a la hora de resumir los resultados, debe tenerse en cuenta que el estudio –por el momento en relación al proceso de construcción del espacio sociosanitario y, también, por la propia indefinición de la materia analizada– no aporta conclusiones categóricas, ni puede considerarse un diagnóstico definitivo de la situación actual del espacio sociosanitario en la CAPV. Lo que el estudio sí ofrece, en cambio, es un amplio catálogo de ideas y valoraciones, más o menos aisladas, que, puestas en relación, ofrecen una visión panorámica –en algunos casos borrosa, en otros bastante nítida–, del desarrollo que ha alcanzado el espacio sociosanitario en nuestro entorno más próximo. El valor del estudio reside pues, fundamentalmente, en que ha permitido a un amplio y variado grupo de personas conocedoras de la situación expresar de forma estructurada sus opiniones y que éstas sean contrastadas por otros expertos y expertas. En ese sentido, puede considerarse, más que una encuesta, un debate abierto, inconcluso, en el que se plantean muy diversos argumentos –no siempre adecuadamente hilvanados y en ocasiones incompletos–, de los que el lector o lectora deberá extraer las conclusiones pertinentes.

En la introducción del informe se ha indicado que puede considerarse que gozan de un consenso generalizado todas aquellas valoraciones que han obtenido, en las puntuaciones realizadas, un valor superior a cuatro. Se trata de quince valoraciones (el 10% de todas las realizadas) cuya lectura, en primera instancia, resume en buena medida los resultados de este estudio. Ordenadas de mayor a menor puntuación, las valoraciones que han recibido un mayor apoyo son las siguientes:

- **Cumplimiento de los objetivos instrumentales.** “A fecha actual, los avances en esos ámbitos [cartera única de servicios, planificación conjunta, sistema común de información, mecanismos de acceso conjuntos] no pueden considerarse suficientes. Hay mayor claridad en cuanto a qué servicios son de cada red, parece haber voluntad, pero no se vislumbra la red sociosanitaria con cartera de servicios definida, sistema de información único y planificación conjunta. No se ha avanzado de forma significativa en ninguno de los aspectos apuntados”.
- **Atención a los diversos colectivos.** “El colectivo con el que más se ha trabajado es con el de las personas mayores dependientes, tanto en la valoración de la dependencia como en la prestación de servicios sanitarios y sociales y en la creación de servicios de respiro para el apoyo a las familias cuidadoras”.
- **Valoración general.** “Desde una perspectiva de usuario directo, la percepción es que nos encontramos ante dos sistemas diferentes: el social y el sanitario, que responden a objetivos que les son propios. Las personas potencialmente usuarias de estos servicios apenas han podido percibir cambios en los servicios que tienen a su disposición”.
- **Cumplimiento de los objetivos instrumentales.** “La planificación conjunta de los recursos es el aspecto en el que menos se ha avanzado. Ninguno de los miembros del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria ha mostrado interés por establecer mecanismos de planificación conjunta. En este ámbito predomina la actitud defensiva de proteger las competencias temáticas y territoriales de cada institución. Tanto con

relación a los servicios sociales como sanitarios las distintas instituciones han trabajado de manera separada en la definición de sus servicios. Se han producido avances, pero las instituciones sociales y las sanitarias siguen planificando y desarrollando su red de servicios de forma paralela y no complementaria”.

- **Obstáculos.** “Se ha avanzado poco debido a la ausencia de una apuesta política decidida para el desarrollo del espacio sociosanitario. Tras la aparente unanimidad respecto a la necesidad de desarrollar ese ámbito, no existe un modelo compartido y consensuado respecto a la configuración del modelo sociosanitario y a las fórmulas para alcanzarlo”.
- **Diferencias territoriales.** “El sistema de atención sociosanitaria sigue desarrollándose de forma diferente en los tres Territorios Históricos tanto en lo que se refiere a recursos disponibles como a la financiación, por lo que está claramente desequilibrado en cuanto al derecho de cada ciudadano de la CAPV a la Atención Sociosanitaria dependiendo de su territorio de residencia”.
- **Mecanismos de coordinación.** “Todavía sigue siendo evidente la escasa pero necesaria coordinación que debe establecerse entre los centros de salud y los servicios sociales, ahora sujetas al “buen hacer” de los profesionales. Está pendiente un mayor desarrollo de comunicación interdisciplinario entre los profesionales de los diversos ámbitos (centros de salud y servicios sociales de base)”.
- **Recursos.** “No se trata tanto de inventar nuevos tipos de servicios como de fortalecer, extender, dotar y mejorar los existentes. La clave está en entender que hay servicios sociales (sean residenciales, ambulatorios...) que habrán de incorporar más prestaciones y actividades de carácter sanitario; del mismo modo que habrá servicios sanitarios (hospitalarios, domiciliarios...) que habrán de incorporar más prestaciones y actividades consideradas típicas de los servicios sociales”.
- **Valoración general.** “Pese a los avances producidos, los objetivos alcanzados son muy inferiores a los que se podían haber obtenido y a los que en un principio se anticiparon. Se ha avanzado, aunque mucho menos de lo necesario, posible y razonable, y en los últimos años se ha producido un estancamiento muy notable”.
- **Actitud de las instituciones.** “La presencia de Eudel en el espacio sociosanitario es prácticamente inexistente. La asociación de municipios vascos se diluye en este entorno. Salvo excepciones, los Ayuntamientos no contemplan los servicios sociosanitarios entre sus prioridades”.
- **Cumplimiento de los objetivos instrumentales.** “No hay, a nivel de la CAPV, un sistema único de información, únicamente un análisis previo del posible contenido de un sistema de información compartido. En este campo, las posibilidades de confluencia son pocas. El sistema sanitario dispone de un desarrollado sistema de recogida y evaluación de la información, a diferencia de los sistemas sociales, con fuentes de información fragmentadas y desconectadas”.
- **Cumplimiento de los objetivos instrumentales.** “Los avances respecto a la definición de una cartera de servicios son incompletos. Se ha elaborado un borrador de

cartera de servicios, que ha quedado sobre la mesa. El catálogo de recursos y servicios sociosanitarios sigue siendo difuso y confuso, con lagunas y solapamientos, desigual desde el punto de vista territorial y básicamente discrecional (es decir, sujeto a la voluntad e iniciativa de las instituciones competentes)”.

- **Recursos.** “El desarrollo del espacio sociosanitario requiere inexcusablemente del desarrollo de las herramientas de gestión individualizada de casos, única fórmula capaz de garantizar que se asigna a cada persona el recurso que precisa y que se realiza el seguimiento adecuado”.
- **Colectivos que requieren una atención prioritaria.** “Las personas inmigrantes, por el hecho de ser extranjeras, no van a presentar problemas de salud o necesidades sociales distintas a las de la población autóctona. Por lo tanto, los recursos hoy disponibles son los necesarios para dar cobertura a sus posibles demandas. La mejor forma de que se hiciera un uso razonable de los mismos sería permitiendo a los nuevos ciudadanos su acomodación a la sociedad anfitriona. Sin embargo, como inmigrantes –por lo que el proceso de inmigración conlleva– sí van a precisar inicialmente de ciertos recursos asistenciales que tengan en cuenta su cultura, su idioma, su proceso. No creo necesario la creación de recursos específicos para los mismos, sino de su integración como el resto de ciudadanos a los recursos sociosanitarios generales, eso sí, adecuándonos a sus particularidades culturales”.
- **Impacto de la normativa.** “[La nueva Ley de Servicios Sociales] puede y debe ser el instrumento mediante el cual las instituciones y agentes alcancen un acuerdo que permita entrar en una senda de articulación y fortalecimiento del sistema vasco de servicios sociales y, consiguientemente, vaya permitiendo mejorar la coordinación sociosanitaria. Debería ser útil para construir un único modelo integrado en la CAPV y para establecer un liderazgo claro en el ámbito de los servicios sociales que permita relacionarse con el sistema sanitario en condiciones de igualdad”.

Ciertamente, en este listado de las valoraciones que mayor acuerdo concitan se mezclan aspectos muy diversos (valoraciones generales, constataciones específicas, reflexiones respecto al tratamiento de diversos colectivos...) y no todas ellas tienen el mismo valor a la hora de explicar o interpretar la situación del espacio sociosanitario en Euskadi. Un análisis más detallado del conjunto de los resultados pone de manifiesto las siguientes conclusiones básicas:

1. Impera entre las personas consultadas una valoración moderadamente negativa respecto al desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV. No puede decirse que se produzca un rechazo categórico de lo realizado, ni una impugnación radical del modelo; sí parece claro, por el contrario, que el grado de insatisfacción es relativamente alto, que los avances se consideran en general insuficientes y que las realizaciones se consideran inferiores tanto a las expectativas, como a las posibilidades y a las necesidades. Una de las valoraciones recogidas, que se cuenta entre las que han cosechado mayor apoyo, resume a la perfección este estado de opinión y recoge el diagnóstico básico: *“Pese a los avances producidos, los objetivos alcanzados son muy inferiores a los que se podían haber obtenido y a los que, en un principio, se anticiparon. Se ha avanzado, aunque mucho menos de lo necesario, posible y razonable, y, en los últimos años, se ha producido un estancamiento muy notable”.*

2. Los avances que, ciertamente, se han producido en este ámbito no han trascendido además el círculo de las personas más directamente implicadas en su consecución. En ese sentido, las personas consultadas están de acuerdo no sólo en que los eventuales avances apenas se han trasladado con claridad a sus destinatarios finales –las personas potencialmente usuarias de los servicios sociosanitarios–, sino que, a menudo, tampoco han llegado al grueso de las plantillas técnicas y profesionales que trabajan en el ámbito de la intervención social y/o sanitaria. Es patente además el desconocimiento, e incluso recelo, que muestran respecto a los pasos dados y los avances conseguidos muchas y muchos expertos que, no formando parte de la estructura de los consejos de atención sociosanitaria, trabajan día a día con personas que presentan necesidades sociosanitarias evidentes. Muestra de esta sensación de lejanía es uno de los comentarios expresados en la segunda ronda del estudio: *‘Es posible que sean ciertos los avances que se describen, pero no los conozco directamente. Desde fuera sólo percibimos las grandes lagunas y la falta de coordinación entre ambas instituciones’*.
3. Pese a todo, y como se señalaba en el punto anterior, se han producido avances importantes y son muy pocas las personas consultadas que consideran el proceso de construcción del espacio sociosanitario vasco como una experiencia fracasada o fallida. De hecho, como señala una de las personas participantes, se trata, a menudo, de una cuestión de perspectiva, en la que el énfasis puede ponerse tanto en lo que se ha hecho (que es mucho) como en lo que queda por hacer (que es, también, mucho). Los avances que se destacan con mayor grado de unanimidad son los relativos a la adopción de una herramienta común para la valoración de la dependencia, el inicio del diálogo entre ambas redes, la generación de una mayor conciencia institucional de la necesidad de intervención en el espacio sociosanitario y la consolidación de una estructura organizativa a través de los diversos consejos y comisiones de trabajo.
4. Las valoraciones son, por el contrario, netamente negativas a la hora de valorar el grado de cumplimiento de los objetivos instrumentales básicos que se planteaban en el Plan Estratégico para el Desarrollo del Espacio Sociosanitario en la CAPV (2005-2008). La afirmación que, de todas las recogidas en el estudio, concita un mayor grado de acuerdo describe con claridad la situación: *‘A fecha actual, los avances en esos ámbitos [cartera única de servicios, planificación conjunta, sistema común de información, mecanismos de acceso conjuntos] no pueden considerarse suficientes. Hay mayor claridad en cuanto a qué servicios son de cada red, parece haber voluntad, pero no se vislumbra la red sociosanitaria con cartera de servicios definida, sistema de información único y planificación conjunta. No se ha avanzado de forma significativa en ninguno de los aspectos apuntados.’*
5. El grupo de expertos y expertas consultado pone sobre la mesa argumentos muy dispares a la hora de identificar los obstáculos que han podido dificultar el desarrollo del espacio sociosanitario y que podrían explicar la insuficiencia, para la mayoría, de los avances realizados. Para el conjunto del grupo, la ausencia de una apuesta política decidida para el desarrollo del espacio sociosanitario y la carencia de un modelo compartido y consensuado –es decir, la ausencia de una reflexión política y social seria sobre esta materia–, serían los principales obstáculos que explican el

escaso desarrollo que ha experimentado el mapa de recursos sociosanitarios. Junto a esta explicación, son también frecuentes –aunque despiertan menor acuerdo– las valoraciones que culpan de la situación a la escasa implicación del Departamento de Sanidad, a la dispersión institucional que caracteriza este ámbito en la CAPV, o a la debilidad del sistema de servicios sociales frente a otros sectores más asentados del Estado del Bienestar.

6. Otra de las conclusiones que gozan de un respaldo importante –y que coincide además claramente con las conclusiones obtenidas al analizar el mapa de recursos– es la que apunta al escaso peso de los Ayuntamientos y de Eudel en el desarrollo del espacio sociosanitario y, por consiguiente, al escasísimo desarrollo que lo sociosanitario ha experimentado en el ámbito de la atención comunitaria. En ese sentido, como más adelante se señala, existe un grado de acuerdo importante a la hora de destacar entre los servicios y programas que con mayor prioridad se deberían desarrollar, los relacionados con la intervención domiciliaria y, en menor medida, con la intervención en medio abierto.
7. Igualmente generalizada es la constatación de que se mantienen diferencias interterritoriales muy importantes en el desarrollo de los recursos sociosanitarios, tanto entre los diversos Territorios Históricos de la CAPV, como dentro de ellos, con la mayor parte de los recursos concentrados en las capitales.
8. En lo que se refiere a los mecanismos de financiación desarrollados, las conclusiones son tres:
 - a) La necesidad de cofinanciar determinados recursos ha sido, para muchos, el verdadero *'leit-motiv'* del desarrollo del espacio sociosanitario. El modelo de financiación adoptado no ha sido, sin embargo, garante de continuidad y ha introducido un factor importante de fragilidad, en la medida en que ha consumido buena parte de las energías y ha obligado a negociar de forma aislada cada una de las iniciativas adoptadas.
 - b) Aunque la unanimidad no es total, la mayor parte de las personas consultadas consideran que el copago –la participación económica de los usuarios, en función de su renta, en la financiación de la asistencia sociosanitaria– permite una actuación socialmente justa y financieramente sostenible.
 - c) La insuficiencia de recursos económicos propios por parte de las personas potencialmente usuarias no se plantea como obstáculo a la percepción de servicios sociosanitarios y no cabe pensar en discriminaciones o insuficiencias en la atención por esta causa. Sí se constata en cambio que la saturación o inexistencia de determinados recursos sociosanitarios públicos perjudica especialmente a quienes no pueden costearse el acceso a un centro o profesional privado.
9. En relación a los recursos, las personas consultadas consideran mayoritariamente que la clave no radica tanto en inventar nuevos tipos de servicios como en fortalecer, extender, dotar y mejorar los existentes, mejorando las prestaciones sanitarias en los servicios sociales y la intervención social en los sanitarios. Se acepta igualmente de forma mayoritaria que:
 - a) más allá de la creación de recursos, lo prioritario es la realización de una verdadera reflexión estratégica sobre el modelo sociosanitario;

b) la construcción del espacio sociosanitario requiere un cambio de mentalidad en determinadas personas profesionales e instituciones del ámbito sanitario, reacias a considerar los determinantes sociales que pueden impedir o dificultar un tratamiento.

10. Al margen de estas consideraciones, se han seleccionado cuatro tipos de programas o recursos como aquellos que requieren un desarrollo prioritario en el marco del espacio sociosanitario: recursos residenciales para personas con enfermedad mental, programas de intervención sociosanitaria a domicilio, programas de carácter terapéutico y educativo para personas menores de edad con trastornos de conducta y un mayor desarrollo de las unidades específicas para personas mayores con necesidades sociosanitarias, siguiendo el modelo ya iniciado en Bizkaia y Gipuzkoa. Desde ese punto de vista, puede decirse que avanzar en algunas de las iniciativas que ya se desarrollan –unidades sociosanitarias y, más tímidamente, respuestas residenciales a las personas con enfermedad mental– y cubrir las lagunas en las que apenas se han desarrollado –intervención a domicilio y alternativas– educativo terapéuticas para las personas menores de edad con trastornos de conducta– son a nivel de recursos las líneas de desarrollo por las que opta el grupo de expertas y expertos consultados para la redacción de este informe.
11. Finalmente, en lo que se refiere a los colectivos merecedores de una atención prioritaria se destaca la necesidad de seguir prestando una atención preferente, por razones demográficas y por la problemática que presentan, a las personas mayores y a las muy mayores, así como a las personas con enfermedad mental –para algunos, el gran déficit de la atención sociosanitaria está en este colectivo– y a las personas con problemáticas múltiples, como la patología dual, situadas en la confluencia o en los intersticios de los diferentes sistemas. En ese sentido, junto al rechazo a la idea de que las personas inmigrantes precisen de una atención sociosanitaria específica en cuanto a calidad o intensidad, la idea que alcanza un mayor acuerdo es la que subraya que es, precisamente, en la intersección de las necesidades de los diferentes colectivos donde se produce el mayor número de déficit, en la medida en que estas personas acumulan problemáticas múltiples, casi siempre con un componente relacionado con los trastornos de conducta o la enfermedad mental.

CAPÍTULO IV

EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y EN OTROS PAÍSES

1. INTRODUCCIÓN

Como se ha adelantado en el capítulo II, en la mayoría de los países desarrollados se observa, en relación con la coordinación entre lo sanitario y lo social, una realidad compleja, variada, que unas veces refleja la apuesta por un determinado modelo –como en el caso canadiense o en el de Irlanda del Norte– y otras sólo la aplicación combinada de diferentes fórmulas, en uno o varios de los tres principales niveles de actuación, a saber, el nivel estratégico –nivel macro–, el nivel de la organización de servicios –nivel meso– y el nivel de la prestación del servicio a la persona usuaria –nivel micro–. No se pretende aquí exponer de forma sistemática la organización y el funcionamiento de la atención sociosanitaria en diferentes países occidentales, porque simplemente conduciría a descripciones genéricas que, en su globalidad, poco aportarían en términos de claves y referencias de actuación; se ha considerado más útil, en cambio, proceder a una selección de experiencias en otras Comunidades Autónomas y en otros países, tanto del entorno europeo como del contexto norteamericano, susceptibles de aportar ideas u orientaciones de corte más práctico.

Dicho esto, es necesario reconocer que, a pesar del protagonismo alcanzado por las cuestiones relacionadas con la coordinación sociosanitaria en los últimos años, la identificación de proyectos o actuaciones que pueden considerarse claramente de naturaleza y vocación sociosanitaria, no resulta sencilla. Una primera dificultad estriba, sin duda, en la ya aludida diversidad y ambigüedad terminológica que permite englobar tanto fórmulas de coordinación entre diferentes niveles de actuación o entre diferentes servicios de un mismo sector, como estrategias de coordinación entre ambos sectores, y que se extiende tanto a los supuestos en los que existe un fuerte componente sanitario y un fuerte componente social, como a aquellos otros en los que el componente de uno u otro sector es anecdótico. La detección y selección de experiencias se ve también dificultada por el hecho de que se trata, casi siempre, dada su función innovadora y experimental, de iniciativas desarrolladas en el ámbito regional o local, lo que contribuye a la dispersión de la información.

Lo anterior explica que las experiencias, iniciativas y proyectos que se presentan a continuación no constituyan más que ilustraciones de diferentes modos de organización y de colaboración, sin que, en ningún caso, se pretenda, con su descripción, agotar la realidad y ofrecer un panorama exhaustivo de los avances alcanzados fuera del territorio autonómico. Tampoco se pretende adoptar una determinada posición con respecto a sus potenciales aplicaciones en la Comunidad Autónoma del País Vasco, sino simplemente informar sobre su existencia y sobre la diversidad existente en este ámbito de actuación.

A pesar de la dificultad, se ha tratado de recoger todas aquellas experiencias que, por diferentes razones –cercanía, innovación, alcance, conceptualización–, pueden resultar más significativas. Conviene tener presente que las experiencias detectadas, a imagen de la realidad de la que derivan, tienen como principal protagonista a las personas mayores dependientes. Con todo, en la selección, si bien este protagonismo queda patente, se ha tratado de aportar algunas iniciativas referidas a otros colectivos igualmente susceptibles de requerir una atención combinada sanitaria y social.

A efectos de claridad expositiva, se ha optado por presentar las experiencias ajustando su descripción a un formato común, que presenta la ventaja adicional de homogeneizar los contenidos y facilitar la comparación. La ficha descriptiva responde al siguiente esquema:

- **Ámbito geográfico:** distingue entre experiencias desarrolladas a nivel internacional, estatal, regional, autonómico, territorial y local.
- **Población destinataria:** se precisa el grupo de población al que va dirigido el plan, el servicio o el programa descrito.
- **Intensidad de la relación:** se distingue entre integración y coordinación, precisando en este último caso, si se trata de un tipo de coordinación horizontal, entre sistemas, o vertical, entre diferentes niveles de un mismo sistema.
- **Nivel³⁰:** se diferencia entre programas y servicios coordinados a nivel macro –es decir a nivel estratégico–, meso –en el nivel de la organización de los servicios– y micro –en el nivel de la prestación de la atención a las personas usuarias–.
- **Tipos de servicios:** se especifican las categorías de servicios objeto de coordinación.
- **Instrumentos, métodos o estrategias implementadas:** se especifica qué tipos de instrumentos, métodos o estrategias se aplican (de entre las expuestas en el apartado 3 del capítulo II).
- **Descripción:** se describe en detalle la experiencia objeto de análisis.
- **Resultados y valoración:** se recogen los resultados obtenidos por los planes, servicios o programas, en aquellos casos en los que han sido ya objeto de alguna evaluación o valoración.

³⁰ Como se ha indicado en el capítulo II referido a los aspectos conceptuales, existen diversas vías susceptibles de conducir progresivamente a la creación y consolidación de un espacio de atención sociosanitaria:

- En un extremo, se situarían los modelos que construyen ese espacio desde el nivel macro o nivel estratégico, es decir, desde ámbitos superiores en los que se deciden aspectos tan definitorios de un modelo como son la distribución competencial, la planificación o la financiación; desde esta perspectiva, determinados factores estructurales, presiones y restricciones propias de este nivel impactan sobre niveles inferiores, es decir, sobre la organización de los servicios y sobre su prestación, condicionando fuertemente el grado de coordinación de la atención a la que finalmente accede la persona usuaria.
- En el otro extremo, se situarían los modelos que, partiendo de un enfoque centrado en la persona, defienden que son las necesidades de ésta las que deben determinar en qué niveles operativos debe procederse al establecimiento de una relación de coordinación (o incluso de integración), con respecto a qué tipos de servicios y mediante la utilización de qué instrumentos; desde esta perspectiva, lo que ocurre en el nivel micro (de atención a la persona) condiciona lo que puede ocurrir en los niveles meso y macro, es decir en los niveles de la organización de servicios y en los niveles estratégicos.

A pesar de obedecer a este formato común, debe advertirse que el nivel de detalle de las descripciones es desigual y obedece –sobre todo cuando se trata de iniciativas internacionales– a la mayor o menor disponibilidad de documentación accesible, exhaustiva y fiable; en consecuencia, la no consignación, en los cuadros sintéticos y en las fichas individuales, de determinadas características con respecto a unas u otras iniciativas no implica necesariamente que dichas características no les sean aplicables sino que, simplemente, la información disponible no permite afirmar su existencia.

En las siguientes tablas, se relacionan las experiencias seleccionadas indicando sus principales características, antes de pasar a describir su contenido detallado en las mencionadas fichas individuales.

- Tipos de servicios: se especifican las categorías de servicios objeto de coordinación.
- Instrumentos, métodos o estrategias implementadas: se especifica qué tipos de instrumentos, métodos o estrategias se aplican (de entre las expuestas en el apartado 3 del capítulo II).
- Descripción: se describe en detalle la experiencia objeto de análisis.
- Resultados y valoración: se recogen los resultados obtenidos por los planes, servicios o programas, en aquellos casos en los que han sido ya objeto de alguna evaluación o valoración.

A pesar de obedecer a este formato común, debe advertirse que el nivel de detalle de las descripciones es desigual y obedece –sobre todo cuando se trata de iniciativas internacionales– a la mayor o menor disponibilidad de documentación accesible, exhaustiva y fiable; en consecuencia, la no consignación, en los cuadros sintéticos y en las fichas individuales, de determinadas características con respecto a unas u otras iniciativas no implica necesariamente que dichas características no les sean aplicables sino que, simplemente, la información disponible no permite afirmar su existencia.

En las siguientes tablas, se relacionan las experiencias seleccionadas indicando sus principales características, antes de pasar a describir su contenido detallado en las mencionadas fichas individuales.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

	Denominación	Ámbito geográfico	Población destinataria	Intensidad de la relación	Nivel operativo	Tipos de servicios	Instrumentos Métodos Estrategias
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> Programa Vida als Anys 	<ul style="list-style-type: none"> Autonómico 	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores enfermas Personas con enfermedades crónicas evolutivas y dependencia funcional Personas con Alzheimer u otras demencias Personas con enfermedades en fase terminal Personas que, habiendo superado la enfermedad en su fase aguda, precisan curas o terapia de rehabilitación 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación vertical entre los servicios de atención hospitalaria y los de atención primaria. Los equipos PADES serían un ejemplo de este tipo de coordinación Coordinación horizontal entre los servicios de la red sociosanitaria y las redes sanitaria y social 	<ul style="list-style-type: none"> Macro 	<ul style="list-style-type: none"> Se crea una nueva red de servicios sociosanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> Planificación conjunta intersectorial Cofinanciación por módulos (social y sanitario) Equipos interdisciplinares de valoración Co-emplazamiento de los servicios Gestión de caso
EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS							

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

	Denominación	Ámbito geográfico	Población destinataria	Intensidad de la relación	Nivel operativo	Tipos de servicios	Instrumentos Métodos Estrategias
EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS	Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> Autonómico 	<ul style="list-style-type: none"> Conjunto de la población 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación horizontal 	<ul style="list-style-type: none"> Macro 	<ul style="list-style-type: none"> Todos los servicios del Sistema Público de Salud Todos los servicios del Sistema de Acción Social 	<ul style="list-style-type: none"> Planificación conjunta intersectorial Sistema de información compartida Equipo interdisciplinar de valoración Equipo interdisciplinar de intervención Gestión de caso
	Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> Autonómico 	<ul style="list-style-type: none"> Personas con enfermedades mentales Personas mayores con dependencia Personas adultas con discapacidades físicas Personas con discapacidad intelectual 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación horizontal y vertical de los sistemas sanitario y social en su conjunto 	<ul style="list-style-type: none"> Macro 	<ul style="list-style-type: none"> Atención sanitaria especializada Servicios sociales comunitarios y residenciales 	<ul style="list-style-type: none"> Planificación conjunta intersectorial Estructuras de coordinación Equipos interdisciplinares de valoración Sistemas de información vinculados

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

	Denominación	Ámbito geográfico	Población destinataria	Intensidad de la relación	Nivel operativo	Tipos de servicios	Instrumentos Métodos Estrategias
	Navarra	<ul style="list-style-type: none"> Autonómico 	<ul style="list-style-type: none"> Personas con enfermedades crónicas y dependencia funcional 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación horizontal 	<ul style="list-style-type: none"> Macro 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de Servicios Sociales Sistema de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> Planificación conjunta intersectorial Estructuras de coordinación Gestión de casos Valoración interdisciplinar y conjunta de necesidades Plan interdisciplinar y conjunto de atención individual
	EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS						

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

	Denominación	Ámbito geográfico	Población destinataria	Intensidad de la relación	Nivel operativo	Tipos de servicios	Instrumentos Métodos Estrategias
Dinamarca	<ul style="list-style-type: none"> Atención integrada a personas mayores en Skaevinge 	<ul style="list-style-type: none"> Local 	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores frágiles 	<ul style="list-style-type: none"> Integración 	<ul style="list-style-type: none"> Meso 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios sociales comunitarios Atención sanitaria comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> Co-emplazamiento de servicios Ventanilla única Equipos interdisciplinares de valoración Equipos interdisciplinares de intervención Gestión de caso Valoración conjunta e interdisciplinar de necesidades Plan interdisciplinar y conjunto de atención individual
EXPERIENCIAS EN OTROS PAÍSES EUROPEOS							

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

	Denominación	Ámbito geográfico	Población destinataria	Intensidad de la relación	Nivel operativo	Tipos de servicios	Instrumentos Métodos Estrategias
EXPERIENCIAS EN OTROS PAÍSES EUROPEOS	Finlandia	<ul style="list-style-type: none"> Local 	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación horizontal entre equipos de atención domiciliar social y sanitaria Coordinación vertical entre el personal hospitalario y el equipo de atención domiciliar 	<ul style="list-style-type: none"> Micro 	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de ayuda a domicilio Atención domiciliar sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de caso Valoración interdisciplinar y conjunta de necesidades Plan interdisciplinar y conjunto de atención individual
	Holanda	<ul style="list-style-type: none"> Local 	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación horizontal 	<ul style="list-style-type: none"> Micro 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios sociales Servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Ventanilla única

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

	Denominación	Ámbito geográfico	Población destinataria	Intensidad de la relación	Nivel operativo	Tipos de servicios	Instrumentos Métodos Estrategias
	Irlanda	<ul style="list-style-type: none"> Regional 	<ul style="list-style-type: none"> Conjunto de la población 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación horizontal 	<ul style="list-style-type: none"> Meso 	<ul style="list-style-type: none"> Atención primaria Servicios sociales comunitarios Servicios sociales y sanitarios de atención a la dependencia (cuidados de larga duración) 	<ul style="list-style-type: none"> Ventanilla única Equipos interdisciplinares de valoración Instrumentos comunes de valoración Sistemas de información compartidos Gestión de caso Valoración de necesidades interdisciplinar y conjunta
	EXPERIENCIAS EN OTROS PAÍSES EUROPEOS						

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

Denominación	Ámbito geográfico	Población destinataria	Intensidad de la relación	Nivel operativo	Tipos de servicios	Instrumentos Métodos Estrategias
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> Local 	<ul style="list-style-type: none"> Personas con patologías que justificarían un ingreso hospitalario Personas en situación de forma prematura a un servicio residencial 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación vertical entre servicios hospitalarios, servicios de rehabilitación y atención domiciliar sanitaria Coordinación horizontal entre servicios hospitalarios y centros residenciales y entre atención domiciliar sanitaria y atención domiciliar social 	<ul style="list-style-type: none"> Meso 	<ul style="list-style-type: none"> Atención domiciliar sanitaria Asistencia domiciliar Servicios de rehabilitación Servicios hospitalarios Servicios residenciales Organizaciones de voluntariado 	<ul style="list-style-type: none"> Cofinanciación Equipo interdisciplinar Instrumentos comunes de valoración Formación interdisciplinar Valoración de necesidades interdisciplinar y conjunta
EXPERIENCIAS EN OTROS PAÍSES EUROPEOS						

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

	Denominación	Ámbito geográfico	Población destinataria	Intensidad de la relación	Nivel operativo	Tipos de servicios	Instrumentos Métodos Estrategias
EXPERIENCIAS EUROPEAS	Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> Local 	<ul style="list-style-type: none"> Personas menores de edad con discapacidad intelectual o enfermedad mental y graves problemas de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> Integración de servicios de protección a la infancia, salud mental y educación 	<ul style="list-style-type: none"> Meso 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios sociales de protección Salud mental Pediatría Educación 	<ul style="list-style-type: none"> Co-emplazamiento de servicios Equipo interdisciplinar Formación interdisciplinar Gestión de caso Valoración de necesidades interdisciplinar y conjunta

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

Denominación	Ámbito geográfico	Población destinataria	Intensidad de la relación	Nivel operativo	Tipos de servicios	Instrumentos Métodos Estrategias
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> Regional 	<ul style="list-style-type: none"> Personas con problemas de drogodependencias Personas con problemas de alcoholismo 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación horizontal entre servicios sanitarios y sociales Coordinación vertical entre servicios de atención primaria, servicios sanitarios especializados y servicios especializados en drogodependencias 	<ul style="list-style-type: none"> Meso 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de atención primaria de salud Servicios sanitarios especializados Servicios especializados de drogodependencias, incluidos programas de tratamiento ambulatorio y residencial Servicios sociales comunitarios (programas de inserción laboral, servicios de infancia) 	<ul style="list-style-type: none"> Co-empañamiento de servicios Ventanilla única Sistemas de intercambio de información Instrumento común de valoración integral
EXPERIENCIAS EUROPEAS						

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

	Denominación	Ámbito geográfico	Población destinataria	Intensidad de la relación	Nivel operativo	Tipos de servicios	Instrumentos Métodos Estrategias
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> • South Lanarkshire Integrated Children's Services Plan 2005-2008 	<ul style="list-style-type: none"> • Comarcal 	<ul style="list-style-type: none"> • Personas menores de edad en situación de riesgo • Personas menores de edad en situación de protección • Personas menores de edad con necesidades educativas especiales • Personas menores de edad con problemas de salud • Personas menores de edad sin hogar • Personas infractoras menores de edad • Personas menores de edad afectadas por el consumo de drogas de sus padres • Personas menores de edad en riesgo de fracaso escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación horizontal 	<ul style="list-style-type: none"> • Macro 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sociales • Sanidad • Defensor del menor • Educación • Vivienda • Cuerpos de policía • Justicia 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación conjunta intersectorial • Sistemas de información compartida • Equipo interdisciplinar • Formación interdisciplinar
EXPERIENCIAS EUROPEAS							

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

	Denominación	Ámbito geográfico	Población destinataria	Intensidad de la relación	Nivel operativo	Tipos de servicios	Instrumentos Métodos Estrategias
EXPERIENCIAS NORTEAMERICANAS	Canadá	<ul style="list-style-type: none"> Local 	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores con dependencia funcional 	<ul style="list-style-type: none"> Integración 	<ul style="list-style-type: none"> Meso 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios sanitarios de atención primaria Servicios sanitarios especializados Servicios sociales comunitarios Servicios sociales residenciales 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de financiación capitativa Co-empañamiento de servicios Equipo interdisciplinar Instrumento común de valoración Gestión de caso
	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Nacional 	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores de 55 años que cumplen los criterios de acceso a una residencia asistida 	<ul style="list-style-type: none"> Integración 	<ul style="list-style-type: none"> Meso 	<ul style="list-style-type: none"> Atención primaria Servicios especializados de salud (hospitales de agudos y larga estancia) Servicios sociales comunitarios Servicios sociales residenciales 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de financiación capitativa Co-empañamiento de servicios Ventanilla única Equipo interdisciplinar Gestión de caso

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

Características básicas		Experiencias en CCAA				Experiencias europeas						Experiencias norteamericanas			
		Cataluña	Castilla y León	Extremadura	N Navarra	Dinamarca	Finlandia	Holanda	Irlanda	Reino Unido Ealing	Reino Unido Southampton	Reino Unido Glasgow	Reino Unido Lanarkshire	Canadá	Estados Unidos
Ámbito geográfico	Estatal														√
	Regional							√			√				
	Autonómico	√	√	√	√										
	Local					√	√	√	√	√		√	√		

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

Características básicas	Experiencias en CCAA			Experiencias europeas						Experiencias norteamericanas			
	Cataluña	Castilla y León	Extremadura	N Navarra	Dinamarca	Finlandia	Holanda	Irlanda	Reino Unido Ealing	Reino Unido Southampton	Reino Unido Lanarkshire	Canadá	Estados Unidos
Conjunto de la población	√							√					
Personas mayores dependientes	√		√		√		√		√			√	
Personas con Alzheimer u otras demencias	√												
Personas con enfermedades crónicas evolutivas y dependencia funcional	√												
Personas con enfermedades en fase terminal	√												
Personas que, habiendo superado la enfermedad en su fase aguda, precisan curas o terapia de rehabilitación	√												

Población destinataria

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

Características básicas	Experiencias en CCAA				Experiencias europeas								Experiencias norteamericanas	
	Cataluña	Castilla y León	Extremadura	N Navarra	Dinamarca	Finlandia	Holanda	Irlanda	Reino Unido Ealing	Reino Unido Southampton	Reino Unido Glasgow	Reino Unido Lanarkshire	Canadá	Estados Unidos
Personas con enfermedades mentales			√											
Personas adultas con discapacidad física o intelectual			√											
Personas menores de edad con discapacidad intelectual o enfermedad mental y graves problemas de conducta										√				
Personas con problemas de drogodependencias											√			
Personas menores de edad en situación de desprotección												√		
Personas menores de edad con necesidades educativas especiales														√

Población destinataria

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

Características básicas	Experiencias en CCAA				Experiencias europeas							Experiencias norteamericanas		
	Cataluña	Castilla y León	Extremadura	N Navarra	Dinamarca	Finlandia	Holanda	Irlanda	Reino Unido Ealing	Reino Unido Southampton	Reino Unido Glasgow	Reino Unido Lanarkshire	Canadá	Estados Unidos
Personas menores de edad con problemas de salud											√			
											√			
											√			
											√			
Personas menores de edad sin hogar														
Personas infractoras menores de edad														
Personas menores de edad afectadas por el consumo de drogas de sus padres														
Personas menores de edad en riesgo de fracaso escolar														
Intensidad de la relación	√		√			√			√					
	√		√	√		√	√	√	√	√	√			
		√			√							√	√	√

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

Características básicas	Experiencias en CCAA				Experiencias europeas							Experiencias norteamericanas		
	Cataluña	Castilla y León	Extremadura	N Navarra	Dinamarca	Finlandia	Holanda	Irlanda	Reino Unido Ealing	Reino Unido Southampton	Reino Unido Glasgow	Reino Unido Lanarkshire	Canadá	Estados Unidos
Nivel operativo						√	√	√	√	√			√	√
Micro														
Meso					√						√			
Macro	√	√	√	√								√		

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS AUTONÓMICAS E INTERNACIONALES SELECCIONADAS

Características básicas	Experiencias en CCAA				Experiencias europeas						Experiencias norteamericanas			
	Cataluña	Castilla y León	Extremadura	N Navarra	Dinamarca	Finlandia	Holanda	Irlanda	Reino Unido Ealing	Reino Unido Southampton	Reino Unido Glasgow	Reino Unido Lanarkshire	Canadá	Estados Unidos
Creación de una red de atención sociosanitaria	✓													
Todos los servicios del Sistema de Salud	✓	✓		✓			✓							
Todos los servicios del Sistema de Servicios Sociales	✓	✓		✓			✓							
Servicios de salud de atención primaria					✓			✓			✓		✓	✓
Servicios de salud de atención especializada			✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Servicios sociales comunitarios			✓		✓			✓		✓	✓	✓	✓	✓
Servicios sociales especializados (en particular residenciales)			✓					✓		✓	✓	✓	✓	✓
Atención domiciliar sanitaria						✓			✓					
Servicio social de asistencia domiciliar						✓			✓					

2. INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS EN OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

A lo largo de la última década, se han desarrollado, en varias Comunidades Autónomas, iniciativas de coordinación sociosanitaria que conviene tener presentes en el análisis, no sólo por razones obvias de similitud contextual, sino también por la relevancia de algunas de estas experiencias en su ámbito propio de actuación y, más allá de éste, en el marco estatal y en el panorama internacional.

No es posible recoger aquí, con carácter exhaustivo, todos los intentos autonómicos de construcción de un espacio sociosanitario, ya sean generales, es decir orientados al conjunto de personas y colectivos que constituyen la población diana de la atención sociosanitaria, o específicos, centrados en la estructuración de esa atención para un determinado colectivo (personas mayores dependientes, personas con Alzheimer, personas con enfermedad mental, u otras). Se opta, en consecuencia, por describir, con cierto detalle, algunos de los planteamientos más representativos y por presentar, de forma más genérica, otras iniciativas, igualmente interesantes, pero que o bien se encuentran menos desarrolladas, o bien cuentan con menor respaldo documental. Entre los primeros, se encuentran el Programa Vida als Anys, desarrollado en Cataluña desde 1986, que probablemente pueda considerarse la iniciativa pionera en el ámbito estatal, el II Plan Sociosanitario de Castilla y León, el Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura (2005-2010), galardonado con el Premio IMSERSO en 2006, y el Plan Foral de Atención Sociosanitaria de Navarra. Entre los segundos, se referirán los avances desarrollados en las Comunidades Autónomas de Valencia, Aragón y Andalucía.

El criterio utilizado a la hora de seleccionar los programas y planes reservados a una exposición detallada ha sido fundamentalmente ilustrar las diferentes concepciones existentes en el Estado acerca de cómo ha de configurarse el llamado “espacio sociosanitario”: como una tercera red, tal y como promulga el modelo catalán; como la intersección entre el sistema sanitario y el social, según se defiende en Extremadura; o como un macrosistema que englobe a ambos, modelo por el que se ha optado en Castilla y León.

Comunidad Autónoma de Cataluña Plan Director Sociosanitario. Programa Vida als Anys

<i>Ámbito geográfico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Autonómico.
<i>Población destinataria</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Personas mayores enfermas. • Personas con enfermedades crónicas evolutivas y dependencia funcional (especialmente enfermedades neurodegenerativas). • Personas que padecen la enfermedad de Alzheimer u otras demencias. • Personas con enfermedades en fase terminal. • Personas que, habiendo superado la enfermedad en su fase aguda, precisan curas o terapia de rehabilitación antes de reintegrarse nuevamente en la comunidad.

Comunidad Autónoma de Cataluña
Plan Director Sociosanitario. Programa Vida als Anys

<i>Intensidad de la relación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación vertical entre los servicios de atención hospitalaria y los de atención primaria. • Coordinación horizontal entre los servicios de la red sociosanitaria y las redes sanitaria y social.
<i>Nivel</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Macro.
<i>Tipos de servicios</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Se crea una nueva red de servicios sociosanitarios.
<i>Instrumentos Métodos Estrategias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación conjunta intersectorial. • Cofinanciación por módulos (social y sanitario). • Equipos interdisciplinarios de valoración. • Co-emplazamiento de los servicios. • Gestión de casos.
<i>Descripción</i>	<p>Aspectos básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este programa ha propiciado el establecimiento, en Cataluña, de una red específica de servicios sociosanitarios –hospitales de día, unidades de convalecencia y subagudos, equipos domiciliarios y hospitalarios de soporte– con un elevado grado de especialización en atención geriátrica y psicogerítrica, en atención a personas con enfermedades neurodegenerativas y daño cerebral, y en cuidados paliativos. La creación de esos servicios específicos de carácter sociosanitario ha convertido a Cataluña en un modelo de referencia en el Estado y, en el caso de los cuidados paliativos, en una referencia internacional, puesto que el modelo catalán en este área ha sido objeto de seguimiento como programa piloto por la OMS. • Se caracteriza por la implantación de un sistema de cofinanciación de los servicios por parte del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales y el Servicio Catalán de Salud. En este modelo, el coste de la atención sociosanitaria se divide en un módulo sanitario, que cubre el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, y en un módulo social, que se financia mediante copago entre el Departamento de Bienestar Social y la persona usuaria del servicio. • A pesar de que normativamente el programa depende tanto del departamento titular de sanidad como del competente en servicios sociales, la vinculación ha sido notablemente más marcada con el Servicio Catalán de Salud. <p>Antecedentes y objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • En 1986, el Departamento de Salud y Seguridad Social de la Generalitat Catalana crea el programa <i>Vida als Anys</i>, de atención sociosanitaria a las personas con enfermedades de larga duración, con el objetivo de coordinar las actuaciones del Departamento referentes a la atención de aquellas personas que precisan tratamiento médico prolongado en combinación con la prestación de servicios sociales específicos. En este sentido, el artículo 2 de la Orden de 29 de mayo del Departamento de Sanidad y Seguridad Social por la que se crea el Programa <i>Vida als Anys</i> especifica que el programa debe proporcionar a las personas mayores que lo necesiten, así como a las demás personas afectadas por enfermedades de larga duración, “una atención global e integrada que tenga en cuenta los aspectos sanitarios, sociales y familiares”, indicando que dicha atención debe organizarse de acuerdo con criterios de proximidad, de potenciación de medidas alternativas a la residencialización y de racionalización y optimización de los recursos sanitarios y sociales destinados a estos fines.

Comunidad Autónoma de Cataluña
Plan Director Sociosanitario. Programa Vida als Anys

Descripción

- Con la implantación del programa *Vida als Anys* se inicia la creación en Cataluña de una red de centros y servicios sociosanitarios, que se consolida en la Ley 15/1990 de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña y culmina con la aprobación del Decreto 242/1999 de 31 de agosto, por el que se crea la red de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de utilización pública de Cataluña.
- Dicha red está compuesta por servicios de internamiento de larga estancia, centros y unidades de media estancia para atender a personas en fase de convalecencia y subaguda de la enfermedad, así como de atención a personas enfermas 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.

Población destinataria

- La Orden por la que se creó el *Programa Vida als Anys* definía como colectivo destinatario preferente a las personas mayores con enfermedades de larga duración, aunque admitía su extensión a personas de edad inferior a 65 años con enfermedades cuyo pronóstico previera la necesidad prolongada de atención médica, siempre que no perteneciesen a colectivos que fueran objeto de regulaciones específicas. A lo largo de los años, y al amparo de esa previsión, la progresiva configuración de la cartera de servicios sociosanitarios ha ampliado el abanico de colectivos objeto de atención prioritaria por parte de la red sociosanitaria.

En la actualidad, son los siguientes:

- Personas mayores enfermas.
- Personas con enfermedades crónicas evolutivas y dependencia funcional (especialmente enfermedades neurodegenerativas).
- Personas que padecen la enfermedad de Alzheimer u otras demencias.
- Personas con enfermedades en fase terminal.
- Personas que, habiendo superado la enfermedad en su fase aguda, precisan curas o terapia de rehabilitación antes de reintegrarse nuevamente en la comunidad.
- La atención a estos colectivos se organiza en torno a cuatro grandes líneas de actuación:
 - Atención geriátrica.
 - Atención a personas con enfermedades neurodegenerativas y con daño cerebral.
 - Atención a personas enfermas de Alzheimer y otras demencias.
 - Cuidados paliativos.

Modalidades de atención

El Decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización, clasifica los centros sociosanitarios en cinco tipos:

1. Los servicios de internamiento.

Forman parte de esta categoría los centros y servicios que combinan las prestaciones de alojamiento, manutención y apoyo en las AVD habituales en los servicios residenciales del ámbito de los servicios sociales con una atención médica de intensidad variable pero altamente especializada. Se clasifican en:

- Centros o unidades de larga duración, destinadas a la atención de personas con enfermedades o procesos crónicos y diferentes niveles de dependencia que no pueden ser atendidas en su domicilio. En las áreas con suficiente densidad de población, se suelen diferenciar unidades específicas, como pueden ser las de larga estancia psicogeriátrica para personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias o para personas con enfermedad mental crónica, las de personas con grandes discapacidades o las de personas con enfermedades como tuberculosis o sida.

Comunidad Autónoma de Cataluña
Plan Director Sociosanitario. Programa Vida als Anys

Descripción

- Centros o unidades de media estancia. Se pueden diferenciar:
 - Unidades de convalecencia/subagudos, destinadas a personas con enfermedades que se encuentren en fase de recuperación de un proceso agudo y que presentan pérdida de autonomía potencialmente recuperable, o personas que se encuentran en tratamiento y que necesitan supervisión clínica continuada y cuidados intensivos hasta su estabilización y rehabilitación.
 - Unidades de cuidados paliativos destinadas a pacientes con enfermedades en fase terminal.
 - Unidades de media estancia polivalente, que ofrecen tanto cuidados de convalecencia como paliativos, aunque, por su dimensión y criterios de planificación, no pueden realizar estas actividades de una manera específica.

2. Los servicios de atención diurna sociosanitaria.

Prestan asistencia a personas mayores enfermas, personas con enfermedades crónicas o con enfermedades en fase terminal que, a pesar de contar con los apoyos suficientes para permanecer en el domicilio, requieren medidas integrales de soporte, rehabilitación, tratamiento o diagnóstico, y seguimiento especializado en régimen diurno. Se pueden clasificar en:

- Hospital de día sociosanitario. Los objetivos de los hospitales de día sociosanitarios son la evaluación integral, la rehabilitación, la atención continuada de mantenimiento y la prevención de las crisis. En las áreas con una densidad de población suficiente se suelen diferenciar unidades adaptadas a colectivos específicos como pueden ser las personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias, las personas con enfermedades en fase terminal o las personas con enfermedades neurodegenerativas y daño cerebral.
- Unidades de diagnóstico y seguimiento denominados equipos de evaluación integral ambulatoria (EAIA). Son equipos situados en hospitales de día sociosanitarios o en hospitales de agudos que valoran las capacidades y necesidades de pacientes que presentan una serie de síntomas complejos y de difícil control, con el objetivo de diseñar un plan de intervención global. Pueden ser de dos tipos:
 - Consulta de evaluación y seguimiento: ofrecen una valoración y un seguimiento especializado.
 - Evaluación multidisciplinar: ofrece una valoración médica, así como de las funciones física, cognitiva, y social, a cargo de un equipo multidisciplinar.

En función de la población a la que atienden, se suele distinguir entre equipos de evaluación integral ambulatoria en geriatría, en trastornos cognitivos y en cuidados paliativos.

3. Equipos de valoración y soporte.

- Programa de atención domiciliaria - Equipos de soporte (PADES).

Se trata de equipos especializados que ofrecen apoyo a la atención primaria en el ámbito de la geriatría y los cuidados paliativos, cuando se presentan situaciones complejas que pueden beneficiarse de la interdisciplinariedad y la especialización.

Además de ofrecer una atención directa, los PADES tienen un papel importante en la coordinación de recursos entre diferentes niveles asistenciales así como de docencia para la red de atención primaria.

Existen también algunos equipos PADES con características específicas como el PADES especializado en neurorehabilitación, en lesiones medulares o daño cerebral, en sida y los equipos de terapia de observación directa ambulatoria (ETODA) dirigidos a personas con tuberculosis.

**Comunidad Autónoma de Cataluña
Plan Director Sociosanitario. Programa Vida als Anys**

Descripción

- Unidades funcionales interdisciplinares sociosanitarias (UFISS).
Se trata de equipos interdisciplinares especializados, que ofrecen apoyo a los diferentes servicios de los hospitales de agudos para la valoración y el control de los grupos de pacientes diana, fundamentalmente la población mayor y las personas con enfermedades en fase terminal. Existen UFISS especializadas en geriatría, cuidados paliativos, mixtos o respiratorios.

4. Centros o servicios de asistencia ambulatoria a personas drogodependientes.

Son centros que, con plena independencia funcional o dependientes de una institución hospitalaria, prestan a estas personas y a sus familias asistencia especializada y multidisciplinar en régimen abierto, con atención a los aspectos médicos, psicológicos, y sociales, y haciendo un seguimiento del proceso de rehabilitación de la persona drogodependiente desde la primera acogida hasta la reinserción.

5. Centros residenciales de asistencia a las personas drogodependientes.

Son aquellos centros donde un equipo especializado y multidisciplinar presta a las personas drogodependientes un tratamiento integral, médico, psicológico y social en régimen residencial, utilizando también actividades socioeducativas.

Distribución territorial

Los servicios sociosanitarios se reparten en 37 áreas de influencia sociosanitaria: 4 en la ciudad de Barcelona y 33 en el resto del territorio. Para cada una de estas áreas se han definido unos indicadores básicos de dotación de recursos:

Indicadores de recursos por tipo de servicio

	Larga duración	Media estancia CV+CP	Media estancia convalencia	Cuidados paliativos	Hospital de día	PADES
Camas o plazas por 100.000 h > 64 años	5	2	1,8		1,5	
Equipos por 100.000 habitantes						1
Camas por 1.000 habitantes				0,06		

CV: convalencia; CP: cuidados paliativos.

Acceso a los servicios

- El acceso a la red de recursos sociosanitarios se realiza mediante solicitud al centro de referencia de cada territorio. Dicha solicitud puede ser presentada por las y los profesionales de atención primaria, del hospital, o por los equipos de valoración y soporte (PADES; UFISS o EAIA), en función de la valoración de las necesidades de la persona atendida. En el caso de los recursos de larga estancia, se requiere una valoración previa de las comisiones interdisciplinarias mixtas sociosanitarias, formadas por representantes de la administración y profesionales de los equipos asistenciales de cada zona de influencia.
- La red de servicios sociosanitarios ha desempeñado, desde el principio, un importante papel de descarga del sistema hospitalario y a lo largo de los años se ha mejorado mucho el acceso desde los centros de atención primaria. No obstante, se han presentado grandes dificultades de acceso a los servicios sociosanitarios desde emplazamientos distintos al sanitario, como pueden ser los centros residenciales dependientes de servicios sociales o los servicios sociales de base.

Comunidad Autónoma de Cataluña
Plan Director Sociosanitario. Programa Vida als Anys

*Descripción***Financiación**

- El Programa Vida als Anys estableció un sistema de financiación conjunta de algunos servicios sociosanitarios por parte los Departamentos de Salud y Seguridad Social y de Bienestar Social. En este sentido, el Decreto 215/1990, de 30 de julio, de promoción y financiación de la atención sociosanitaria, establece que, en cada servicio, se diferenciarán dos módulos de atención, uno sanitario y otro social, que serán financiados por las respectivas administraciones competentes.
- El módulo sanitario, destinado a cubrir la atención sanitaria de las personas usuarias –incluidos los costes del personal sanitario, los tratamientos que se definan y los productos sanitarios y farmacéuticos– está financiado íntegramente por el Servicio Catalán de Salud. En cambio, el coste del módulo social, destinado a cubrir el alojamiento y la manutención sustitutivos del hogar, así como el personal de apoyo para las AVD, se financia –a partir de los tres primeros meses de utilización de los servicios– mediante una fórmula de copago entre el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales y las personas usuarias, similar al que se emplea en la red de servicios sociales.
- Las unidades básicas de coste de los módulos sanitario y social de cada tipo de servicio se fijan anualmente, estableciéndose diferentes tarifas en función de distintos niveles de dependencia o de complejidad clínica.
- El modelo desarrollado en Cataluña ha consolidado una amplia red de servicios altamente especializados para unos colectivos con necesidades mixtas. En 2003, existían en Cataluña 5.519 plazas sociosanitarias de larga estancia y más de 2.000 de media estancia, lo que representaba, en esa fecha, prácticamente la mitad de las existentes en el Estado.

*Resultados y valoración***Servicios sociosanitarios a 31 de diciembre de 2003**

Tipología de servicios	Unidades	Nº de camas
Larga estancia	83	5.519
Media estancia. Total	91	2.055
Convalecencia y psicogeriatría	44	1.467
Cuidados paliativos	30	349
Media estancia polivalente	17	7.574
Total de camas sociosanitarias		1.461
Hospital de día	61	
PADES	68 equipos	
UFISS	53 equipos	
Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria	42 equipos	

Fte: *Divisió d'Atenció Sociosanitària. L'atenció Sociosanitària a Catalunya. Vida als anys 2003. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, 2004.*

- En cuanto a los programas de atención domiciliaria (PADES) los resultados disponibles son positivos. Un estudio de evaluación de la intervención de los PADES con personas enfermas de cáncer en fase terminal ha mostrado que, como consecuencia del apoyo de los equipos de soporte la proporción de pacientes que tuvieron que ser ingresados se redujo a la cuarta parte, y las visitas a servicios de urgencias fueron tres veces menos frecuentes.
- Se puede decir, por lo tanto, que el programa ha tenido éxito a la hora de diversificar las opciones de atención de la población que presenta una problemática sanitaria y social. No obstante, una de las críticas que con más frecuencia se plantea ante el modelo catalán es que no ofrece una verdadera continuidad asistencial, debido, principalmente, a la falta de mecanismos eficaces de coordinación con los servicios sociales susceptibles de incrementar la permeabilidad entre ambos sistemas y de facilitar un itinerario fluido por los servicios.

Comunidad Autónoma de Castilla y León
II Plan Sociosanitario de Castilla y León

<i>Ámbito geográfico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Autonómico.
<i>Población destinataria</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de la población.
<i>Intensidad de la relación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Integración.
<i>Nivel</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Macro.
<i>Tipos de servicios involucrados</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los servicios del Sistema Público de Salud. • Todos los servicios del Sistema de Acción Social.
<i>Instrumentos Métodos Estrategias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación conjunta intersectorial. • Equipo interdisciplinar de valoración. • Equipo interdisciplinar de intervención. • Gestión de casos. • Sistema de información compartida.
Descripción	<p>Antecedentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Comunidad Autónoma de Castilla y León, a través de su Consejería de Sanidad y Bienestar Social –reestructurada en las Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y de Sanidad a partir de julio de 2003– aprobó en 1998 su primer Plan de Atención Sociosanitaria como respuesta a las necesidades de las personas que, además de presentar problemas de salud, presentaban necesidades de orden psicológico, económico, social, u otros. En el texto de aquel primer plan se planteaba la necesidad de construir un modelo específico de atención cuyos aspectos básicos fueran: <ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer una atención integral que tuviera en cuenta las diferentes necesidades de atención de las personas enfermas y con discapacidad, y de sus familias. - Un enfoque interdisciplinar mediante la participación de las y los profesionales de los diferentes ámbitos de intervención. - Un modelo rehabilitador activo dirigido a disminuir el impacto físico de la enfermedad y la discapacidad, y completado con medidas orientadas a mantener los mejores niveles de calidad de vida. • Además de definir los principios que debían guiar el desarrollo del modelo de atención sociosanitaria en Castilla y León, aquel primer plan preveía el diseño de un mapa sociosanitario y el desarrollo de toda una gama de recursos englobados en seis programas: <ul style="list-style-type: none"> - Programa de enfermedades degenerativas. - Programa de enfermedades crónicas en fase terminal. - Programa de patologías crónicas asociadas al envejecimiento. - Programa de patologías crónicas no asociadas al envejecimiento. - Programa de patologías psiquiátricas crónicas de larga evolución y mal pronóstico. - Programa de prevención, identificación y atención temprana de grupos de alto riesgo.

Comunidad Autónoma de Castilla y León
II Plan Sociosanitario de Castilla y León

Descripción

- La aprobación del plan de 1998 supuso un decidido impulso para muchos tipos de recursos como la atención domiciliaria, el servicio de teleasistencia, las residencias asistidas o la hospitalización a domicilio, y también la creación de nuevos centros, servicios y programas, como las unidades de cuidados paliativos, unidades de convalecencia, hospitales de día o los centros sanitarios de larga estancia.
- El Plan de Atención Sociosanitaria de 1998 pretendió asimismo impulsar la corresponsabilidad y cooperación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, previendo la creación de estructuras multi-institucionales y multi-profesionales de coordinación en todo el territorio regional. En desarrollo de estas previsiones, el Decreto 74/2000, de 13 de abril, creó y reguló la estructura de coordinación de atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León, compuesta por los siguientes órganos:
 - Consejo de Dirección del Plan Sociosanitario, de ámbito regional;
 - Comisiones de Dirección del Plan Sociosanitario (de naturaleza directiva), así como las Comisiones de Coordinación de la Atención Sociosanitaria y los Coordinadores del Plan de Atención Sociosanitaria (de naturaleza técnica y asesora), en las Áreas de Salud.

Esta estructura se vio posteriormente reforzada mediante la creación, por Decreto 286/2001, de 13 de diciembre, de la Dirección General de Planificación Sociosanitaria, órgano directivo central al que se le atribuyeron, entre otras, las funciones de *“elaboración del anteproyecto de Plan Sociosanitario de Castilla y León, su control y evaluación, incluyendo la coordinación sociosanitaria y el impulso de mecanismos dirigidos a una mayor integración funcional entre el Sistema de Salud y el Sistema de Acción Social de Castilla y León”*.

Mediante Orden de 27 de diciembre del mismo año, se especificó que correspondía al Servicio de Coordinación Sociosanitaria de dicha Dirección General *“el apoyo y coordinación de las propuestas y acciones emprendidas por la estructura periférica de coordinación sociosanitaria”*, estableciéndose así un referente central para el trabajo de las estructuras técnicas de coordinación, e impulsando una mayor relación entre ambos Sistemas.

- No obstante, el Plan de 1998 adoleció también de algunas limitaciones. Según sus evaluadores, la principal era la imprecisión en la definición del propio concepto de *“atención sociosanitaria”*, que se utilizaba en un sentido amplio para incluir tanto dispositivos de naturaleza sanitaria –atención primaria, hospitalización a domicilio, unidades de convalecencia, etc.– como dispositivos de servicios sociales –ayuda a domicilio, teleasistencia o estancias diurnas– y, en definitiva, cualquier tipo de recurso que tuviera incidencia en la atención a los llamados *“usuarios sociosanitarios”*. Esta imprecisión en la definición del campo objeto del Plan dificultó en gran medida la materialización de las medidas propuestas.

II Plan Sociosanitario

- Con el objetivo de superar estas limitaciones, se lanzó, aprobado por Decreto 59/2003, de 23 de enero, el II Plan Sociosanitario de Castilla y León. A diferencia del primero, dirigido esencialmente a la ampliación de la cobertura de los servicios y la creación de nuevos recursos, éste se centró en la consolidación de un modelo sinérgico para los servicios sociales y la sanidad, mediante una adecuada planificación y coordinación de ambos sistemas.
- Evitar los errores en los que se incurrió en 1998 exigía, en primer lugar, una clarificación del ámbito de actuación del Plan, así como de la terminología utilizada. En coherencia con esta consideración, en el Plan de 2003 se optó por aludir al concepto de *“atención integral”*, capaz, en opinión de sus promotores, de englobar adecuadamente la necesidad de contemplar, en cada una de las actuaciones concretas, el conjunto de los intereses confluyentes, desde una aproximación holística o global a las necesidades de las personas.

Comunidad Autónoma de Castilla y León
II Plan Sociosanitario de Castilla y León

Descripción

El término “sociosanitario” –con el que se autodenomina el Plan– se reserva, así, para su utilización desde una perspectiva más amplia, relativa a la organización y despliegue de los sistemas de acción social y de salud en su conjunto. La “planificación sociosanitaria” y la “coordinación sociosanitaria” aparecen, así, como instrumentos para conseguir que la atención sea integral en aquellos supuestos en que es requerida la prestación simultánea o sucesiva de servicios formalmente configurados como de carácter sanitario y de carácter social.

Los principios rectores del plan

1. Principio de integración funcional de los sistemas de acción social y de salud.

Puesto que una atención integral presupone la prestación de diferentes servicios a las mismas personas, que pretenden, además, responder a necesidades que se presentan de forma entrelazada, se considera la integración funcional como perspectiva más idónea para su adecuado cumplimiento.

- Inexistencia de una “tercera red”.

El espacio sociosanitario no se concibe como parte del sistema de acción social o el de salud, y tampoco como intersección entre ellos.

Se concibe como un macrosistema que engloba a los dos y que, en este sentido, es a la vez algo más y algo menos que la suma de ambos. Algo más, dado que su funcionamiento combinado y sinérgico permitirá horizontes de logro superiores a los que cabría plantearse desde la perspectiva de su actuación por separado. Algo menos, porque dicho funcionamiento sinérgico ha de someter a ambos sistemas a unas reglas de desarrollo, en alguna medida, más estrictas que las correspondientes a un desarrollo en paralelo, puesto que cada Sistema habrá de tener en cuenta, en su organización y despliegue, no sólo las consecuencias respecto de sí mismo, sino también las consecuencias respecto del otro.

Así, los distintos servicios deben adscribirse a uno u otro sistema sobre la base de una precisa delimitación de competencias y definición de ámbitos propios.

- Planificación integradora.

El frecuente entrelazamiento entre necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social hace que sea imprescindible efectuar la planificación de ambos sistemas desde una perspectiva global, teniendo en cuenta que la oferta de servicios y las decisiones de intervención en cada uno de ellos han de afectar, inevitablemente, a la demanda de servicios y a los condicionantes de la intervención en el otro.

En este sentido, y a diferencia del Plan de 1998, que se configuraba formalmente como parte integrante del Plan de Salud de Castilla y León, el Plan de 2003 se concibe como instrumento planificador de carácter más amplio, afectando por igual a los sistemas de salud y de acción social y constituyéndose, por tanto, en el marco de referencia para la planificación estratégica integral y sectorial de ambos Sistemas.

- Asignación de recursos integradora.

Puesto que se adopta una perspectiva holística en la planificación es preciso que la asignación de los recursos tenga en cuenta la influencia mutua que inevitablemente se produce en el desarrollo de los sistemas de acción social y de salud, efectuando los ajustes que sean necesarios desde una perspectiva global en la financiación de ambos.

- Potenciación de las estructuras de coordinación.

La búsqueda de la máxima efectividad y eficiencia en la gestión de los recursos públicos exigen la efectiva coordinación en la gestión de la prestación concreta de servicios, potenciando la existencia de cauces formales de coordinación desde las mismas puertas de entrada a los sistemas de acción social y de salud (servicios sociales básicos y atención primaria), y crear estructuras específicas en el ámbito hospitalario.

Comunidad Autónoma de Castilla y León
II Plan Sociosanitario de Castilla y León

Descripción

Al mismo tiempo, es imprescindible impulsar la existencia de sistemas de información compartidos entre los servicios sociales y los sanitarios o que, aun siendo específicos para cada uno de ellos, se encuentren adecuadamente conectados entre sí.

2. Principio de orientación al conjunto de la población.

- Partiendo de que cualquier persona es potencialmente usuaria de los sistemas de acción social y de salud, y acreedora, en consecuencia, de una atención de carácter integral y una adecuada coordinación de los distintos dispositivos y servicios, se puede decir que el componente sociosanitario de ambos sistemas protectores no se refiere a parcelas concretas y determinadas de cada uno de ellos, sino al conjunto de recursos y actuaciones que dan sentido a ambos.
- Sin perjuicio de lo anterior, es evidente que determinados colectivos presentan con mayor frecuencia, ese entrelazamiento de necesidades sociales y sanitarias que exige la existencia de una adecuada coordinación.
Las actuaciones concretas dirigidas a colectivos específicos deberán implementarse por tanto, bajo la premisa de adecuar los servicios a las necesidades de las y los ciudadanos.

3. Principio de primacía de la intervención a través de los recursos generales y normalizados.

- La necesidad de establecer un dispositivo diferenciado deberá estar siempre justificada, analizando previamente como prioritaria la posibilidad de realizar adaptaciones adecuadas en los recursos generales, y valorando, en todo caso, los beneficios esperados en relación con las dificultades añadidas de gestión y de coordinación que suponga la existencia del dispositivo diferenciado propuesto.
- Por último, cuando tales dispositivos deban existir, deberán establecerse los mecanismos necesarios para engarzar adecuadamente su funcionamiento con el de los recursos generales y normalizados de atención.

4. Principio de primacía de la intervención en el ámbito familiar y comunitario.

- Es necesario potenciar los dispositivos de primer y segundo nivel, domiciliarios e intermedios, haciendo efectivo este principio de preferencia por la atención en el entorno habitual, y teniendo en cuenta que la demanda de dispositivos de un nivel superior está directamente influenciada, en la práctica, por la disponibilidad de recursos de los niveles inmediatamente anteriores.

5. Principio de participación ciudadana.

- La plasmación práctica de este principio se vincula a actuaciones normativas y de desarrollo en materia de derechos de las personas usuarias, a actividades de sensibilización y formación de las y los profesionales en torno a tales derechos, y a la existencia de cauces formales para que el tejido social contribuya a la mejora de los servicios sociales y sanitarios, aportando sus percepciones sobre los servicios y sus resultados, contribuyendo a identificar sus carencias y cooperando en la formulación y puesta en práctica de alternativas viables.

Líneas estratégicas y áreas de intervención

1. Potenciar la coordinación sociosanitaria.

- Establecer un marco normativo común.

La mayor efectividad del principio rector de integración funcional exige la promulgación de una norma en la que se recoja el marco común de intervención y la regulación de las relaciones mutuas entre ambos sistemas. Dicha norma clarificaría el elenco de actividades y prestaciones incorporadas a ambos sistemas, y supondría la aprobación de los correspondientes catálogos de prestaciones desde una perspectiva integral, destacaría los aspectos relativos a una planificación, asignación y ordenación de los recursos integradoras, y establecería, en definitiva, la regulación de las relaciones mutuas entre ambos sistemas.

Comunidad Autónoma de Castilla y León
II Plan Sociosanitario de Castilla y León

Descripción

Este marco normativo debería también permitir avanzar hacia una mayor coincidencia entre la zonificación de los servicios sociales y de los servicios sanitarios.

- Crear estructuras de coordinación sociosanitaria operativas.

La existencia de órganos de coordinación regional o provincial, siendo necesaria, no es suficiente para lograr unas estructuras de coordinación operativas entre los sistemas de sanidad y servicios sociales. Las necesidades de coordinación entre ambos sistemas se presentan fundamentalmente en los propios recursos de atención directa, de modo que se considera la necesidad de comenzar los esfuerzos de coordinación desde las puertas de entrada de ambos sistemas de protección social: los centros de acción social y los equipos de atención primaria.

A partir de ahí se crea una organización en una red de estructuras de coordinación sociosanitaria en torno a cuatro niveles de actuación y finalidades bien diferenciadas entre sí:

- Equipos de coordinación de base, formados por profesionales que prestan directamente los servicios –profesionales de los centros de acción social y de los equipos de atención primaria, así como los equipos de salud mental– su finalidad es la gestión de casos.
- Comisiones de coordinación sociosanitaria, formadas por profesionales de los distintos ámbitos de intervención; su finalidad principal es, además de orientar y apoyar técnicamente a los equipos de coordinación de base, elaborar propuestas sobre la adecuación de los procesos en el ámbito territorial de varios equipos de coordinación de base (nivel provincial).
- Comisiones de dirección sociosanitaria, formadas por responsables de los distintos ámbitos de intervención. Su finalidad principal es tomar las decisiones oportunas para la efectiva adecuación de los procesos y, en definitiva, para la mayor efectividad de la gestión de los casos concretos, en un ámbito territorial de varios equipos de coordinación de base.
- Consejo de dirección sociosanitaria, formado por responsables de los distintos ámbitos de intervención. Su finalidad principal es dictar las directrices generales, orientar la actuación de las comisiones de dirección sociosanitaria de las distintas provincias y favorecer el impulso y la homogeneidad de todas las acciones.

- Desarrollar la gestión de procesos y la gestión de casos.

El plan propone el uso de la metodología y las herramientas de gestión de procesos para incrementar la eficacia de las estructuras de coordinación sociosanitaria, así como el consenso en la elaboración y aplicación de propuestas. En el nivel más operativo, en el que se situarán los equipos de coordinación de base, se hará uso de la metodología de la gestión de casos para facilitar la valoración compartida de necesidades y el diseño conjunto de intervenciones, favoreciendo además la detección de errores y oportunidades de mejora de los procesos de prestación integrada de servicios sociales y sanitarios. La gestión de casos servirá, así, para la superación de barreras administrativas, la evaluación conjunta de necesidades, el establecimiento de planes de cuidados compartidos y consensuados y la más eficaz asignación de los recursos disponibles.

La gestión de casos no se basa en la designación de un único profesional como gestor de casos, sino más bien sobre el trabajo en equipo, la valoración conjunta, el compromiso de actuación de cada profesional o dispositivo necesario en función de sus propias competencias y ámbito de intervención, y la reevaluación compartida del proceso y los resultados.

- Implantar sistemas de información compartidos.

El Plan reconoce la débil complementariedad de los sistemas de información actuales, como uno de los problemas con mayor repercusión en el funcionamiento y en la coordinación de los servicios. Se considera, por ello, que es preciso establecer un sistema integral de información en el ámbito de los servicios sociales y de la sanidad que supere los déficit de información existentes, tanto en los circuitos verticales como en los horizontales.

Comunidad Autónoma de Castilla y León
II Plan Sociosanitario de Castilla y León

Descripción

- Formar específicamente a las y los profesionales para la coordinación socio-sanitaria.

No cabe abordar la complejidad de la intervención sociosanitaria, ni prever garantías para que las personas con necesidad de prestación integrada de servicios sanitarios y sociales reciban la mejor atención posible, sin establecer como eje y soporte la formación en procesos de coordinación sociosanitaria.

Estas actuaciones deben incluir tanto actividades formativas específicas y dirigidas a los miembros de las distintas estructuras de coordinación, como intervenciones en materia de coordinación sociosanitaria a incluir en las acciones de formación establecidas con carácter general en los ámbitos de los servicios públicos sociales y sanitarios.

2. Garantizar la prestación integrada de servicios en el ámbito comunitario, y prevenir la dependencia.

- Mejorar los cuidados a domicilio de las personas que lo necesitan.
 - Aumentar la cobertura del servicio de ayuda a domicilio
 - Conocer las necesidades de cuidados en el domicilio de las personas dependientes y las condiciones en las que se prestan, analizando la diferencia entre el perfil de las personas usuarias y el contenido real de las prestaciones del servicio, con el fin de introducir las modificaciones necesarias en el mismo.
 - Analizar las posibilidades de optimizar la prestación de cuidados a la dependencia en el domicilio, de forma coordinada con los servicios sociales de apoyo, e impulsar su puesta en funcionamiento.
 - Garantizar que la planificación y el desarrollo de los servicios domiciliarios incorporan factores correctores para la adecuada dotación de recursos en el medio rural.
- Potenciar el cuidado y capacitación de las y los cuidadores familiares.
 - La implantación y el progresivo aumento de la cobertura de servicios de atención a las y los cuidadores familiares como parte de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, hasta alcanzar al menos al 50% de las y los cuidadores familiares para 2008.
 - La colaboración sinérgica de los equipos de atención primaria y los centros de acción social en actividades grupales dirigidas a las y los cuidadores familiares.
- Reforzar los recursos intermedios para el mantenimiento de la persona en el domicilio familiar.
 - Aumento de la cobertura de los servicios de atención diurna, con la pretensión de alcanzar una ratio de dos plazas por cada 100 personas mayores de 80 años en el horizonte temporal del Plan.
 - Aumento de la disponibilidad de plazas de estancias temporales, de modo que se pueda disponer de 500 plazas de utilización preferente como estancia temporal.
 - Establecimiento de requisitos de acceso claramente diferenciados para las estancias temporales por motivos imprevisibles o sobreenvidos y las que se dirigen a permitir períodos de respiro para la familia y/o cuidadores, priorizando en las primeras que su acceso sea ágil y en las segundas que puedan ser concedidas de forma programada y con antelación, a fin de permitir a las familias organizarse.
 - Definición de los perfiles de personas usuarias de estancias temporales garantizando su clara diferenciación respecto de los perfiles de personas usuarias de unidades hospitalarias de convalecencia, unidades de hospitalización domiciliaria o similares y servicios de atención primaria en el domicilio.

Comunidad Autónoma de Castilla y León
II Plan Sociosanitario de Castilla y León

Descripción

- Fortalecer las medidas preventivas de la dependencia.
 - Sistematización de los programas de educación para la salud y potenciarlos en el ámbito territorial de Castilla y León.
 - Garantía de que la perspectiva de la prevención se incorpora como prioridad en todas las herramientas planificadoras que se desarrollen.
 - Refuerzo de la contribución de los programas de servicios sociales al mantenimiento de la salud y a la prevención de la enfermedad y de la dependencia.
3. *Mejorar la atención integral en los centros de carácter social y la continuidad de cuidados en los hospitales.*
- 3.1. Centros de carácter social.
- Mejorar la atención integral en los centros de carácter social.
 - Establecimiento de mecanismos dirigidos a facilitar el acceso a las prestaciones farmacéuticas, exploraciones complementarias e interconsultas para las personas usuarias de centros de carácter social.
 - Progresiva aplicación de los criterios de registro, normas técnicas y procedimientos de evaluación en la prestación de servicios de salud por las y los profesionales sanitarios vinculados a las administraciones públicas que prestan sus servicios en centros de carácter social.
 - Análisis de las posibilidades de adecuación de los procedimientos de asignación de cupos de atención primaria y la implementación de medidas de mejora.
 - Impulsar el uso racional del medicamento en los centros de servicios sociales.
- 3.2. Hospitales.
- Poner en marcha unidades hospitalarias de continuidad asistencial, con dos objetivos fundamentales:
 - El establecimiento de un sistema intrahospitalario de valoración global de las y los pacientes, dirigido a detectar el riesgo social y preparar el alta hospitalaria en las mejores condiciones de garantía de continuidad de cuidados.
 - La creación en todos los centros de unidades de continuidad asistencial sociosanitaria (UCASS), orientadas a garantizar la ubicación idónea de los pacientes y la continuidad de cuidados.
 - Atender a la persona que actúa como cuidadora o cuidador familiar de la persona hospitalizada:
 - Potenciación de la capacitación en cuidados, el apoyo emocional y el soporte social a las y los cuidadores familiares de las personas dependientes hospitalizadas mediante el diseño, la acreditación y el pilotaje de servicios de atención a aquéllos.
 - Inclusión de estos servicios en los planes anuales de gestión de atención especializada, y su generalización en todos los hospitales de la Comunidad Autónoma.
 - Disponer de recursos de convalecencia suficientes.
 - Consolidación de las unidades de convalecencia existentes en las distintas áreas de salud hasta alcanzar una ratio equivalente al 5% del número total de camas de agudos.
 - Elaboración de guías de funcionamiento para estos dispositivos, diferenciando perfectamente los perfiles respecto de la atención primaria de salud y los servicios sociales, y definiendo la atención y los circuitos de derivación y continuidad asistencial.

Comunidad Autónoma de Castilla y León
II Plan Sociosanitario de Castilla y León

Descripción

4. *Atender a las necesidades específicas de determinados colectivos.*

Un modelo sinérgico para los servicios sociales y la sanidad debe dirigirse a asegurar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios a toda la ciudadanía, de conformidad con los principios rectores de orientación al conjunto de la población y de primacía de la intervención a través de los recursos generales y normalizados que se proponen en el Plan.

No obstante, este planteamiento es compatible con la aportación de respuestas específicas para determinados sectores caracterizados por la presencia de necesidades de naturaleza peculiar y por un régimen jurídico con características propias. A ello se une el hecho de que determinados grupos de población, por ser poco numerosos, por contar con escasa representatividad social, por vivir en situación de alejamiento de los circuitos generales, o por formar parte de nuevos procesos de exclusión social, pueden sufrir limitaciones de muy distinta índole en su acceso a los recursos sanitarios y sociales.

En consecuencia, las acciones a promover para la atención a sectores específicos se dirigen a establecer las medidas correspondientes, identificando las barreras para el acceso a la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios que afectan a distintos grupos de población y promoviendo su paulatina superación y eliminación.

4.1. Personas mayores.

- Mejorar la formación y capacitación de las y los profesionales en el ámbito de la geriatría y, en particular, para la atención a las personas enfermas de Alzheimer y otras demencias, mediante la incorporación como prioridad, en los planes de formación continuada para las y los profesionales, de formación específica en materia de atención a pacientes geriátricos y el desarrollo de acciones de intercambio formativo entre el sistema de salud y el sistema de acción social en esta materia.
- Garantizar el respeto de los derechos de las personas mayores y, en particular, de aquellas más vulnerables por razón de su estado de salud y su capacidad cognitiva y volitiva, mediante el desarrollo de las previsiones contenidas en las leyes de atención y protección a las personas mayores, con especial atención al ejercicio de las funciones tutelares sobre personas mayores incapacitadas y al desarrollo de protocolos específicos para la protección de sus derechos en el ámbito sanitario.

4.2. Personas menores de edad.

- La atención preferente y la asistencia específica a los niños, niñas y adolescentes con patologías, discapacidades o necesidades especiales, o en condiciones de especial riesgo sociosanitario.
- La detección y valoración de situaciones de riesgo o desamparo que afectan a la infancia, su notificación formal a las autoridades con carácter de urgencia y la implicación de las y los profesionales de la salud en las tareas de colaboración para la evitación y solución de dichas situaciones de desprotección, mediante la sensibilización y la creación de los instrumentos necesario para la detección, valoración y comunicación de las situaciones de riesgo o desamparo con que se puedan encontrar.
- La adecuada coordinación con los servicios sanitarios en las situaciones de acogimiento familiar o de ingreso en un centro residencial, mediante la elaboración de procedimientos que garanticen la agilidad en la valoración y tratamiento sanitario de estos y estas menores.
- El desarrollo de un sistema integrado de prestación de servicios de atención primaria y especializada para adolescentes y jóvenes infractores sometidos a medidas cautelares o definitivas en aplicación de la legislación reguladora de la responsabilidad penal de las personas menores de edad.
- La creación de recursos especializados en las redes respectivas para el acogimiento residencial de personas menores con necesidades especiales por presentar graves discapacidades, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, enfermedades crónicas de carácter grave u otros problemas de similar naturaleza y entidad.

Comunidad Autónoma de Castilla y León
II Plan Sociosanitario de Castilla y León

Descripción

4.3. Personas con discapacidad.

- Mejorar la capacitación de las y los profesionales del sistema de salud para el correcto abordaje de las personas con discapacidad desde una perspectiva bio-psico-social de la atención, mediante el diseño y la implementación de actuaciones específicas de formación y especialización.
- Potenciar las medidas preventivas y de atención temprana, de forma coordinada entre el sistema de acción social, el de salud y otros ámbitos competenciales, mediante la generalización de un modelo coordinado de atención temprana con participación de todos los dispositivos sociales, sanitarios y educativos, en un único ciclo de intervención.
- Aprobación de protocolos específicos para la adecuada atención sanitaria a personas con discapacidad en centros de servicios sociales y en relación con el Sistema de Salud.

4.4. Personas con problemas derivados de las drogas.

La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención y asistencia e integración social de drogodependientes, partiendo de una consideración integral e interdisciplinar, destaca la importancia de la coordinación de diferentes actuaciones sectoriales teniendo en cuenta la consideración de las drogodependencias como una enfermedad con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social del individuo.

Dicha Ley dio lugar a la creación, en Castilla y León, de una Red de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente, en ningún caso separada de las redes de asistencia generales, sino configurada como una red asistencial de utilización pública diversificada en la que se integran, de forma coordinada, centros y servicios generales, especializados y específicos del sistema sanitario público y del sistema de acción social.

No obstante, se aprecian aún oportunidades de mejora en la definición de los procesos de coordinación necesarios para garantizar la coherencia y eficiencia en la atención. Con este objetivo se plantean las siguientes actuaciones:

- La creación de un grupo de trabajo multidisciplinar de ámbito regional.
- La definición de los procedimientos de prestación de cada servicio.
- La definición de los procesos de interconsulta y de la transmisión de la información entre dispositivos.
- El establecimiento de un procedimiento de monitorización de procesos y casos en cada ámbito provincial.

4.5. Otras personas en situación de riesgo de exclusión social.

- La realización de estudios sobre los aspectos específicos que puedan impedir un acceso normalizado a los servicios del sistema de acción social y de salud.
- El desarrollo, a través de los equipos de coordinación de base y de las comisiones de coordinación sociosanitaria, de procedimientos de atención activa y coordinada adecuados a las características específicas de cada grupo.
- El establecimiento de cauces de difusión de las experiencias que proporcionen herramientas útiles para la atención integral.

Resultados y valoración

- Los informes de seguimiento anuales y el informe global de evaluación previstos por el II Plan Sociosanitario de Castilla y León todavía no se han hecho públicos, por lo que se sabe muy poco sobre la efectividad de las medidas en él propuestas y sobre su grado de implementación.
- El Plan se ha concretado en la aprobación del Decreto 49/2003, de 24 de abril, por el que se modifica el Decreto 74/2000, de 13 de abril, sobre estructuras de coordinación sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León, que, mediante su artículo único crea los equipos de coordinación de base previstos en el Plan.
- También se ha procedido a la publicación de un *Manual de funcionamiento de los equipos de coordinación de base y una Guía de funcionamiento de las comisiones de coordinación sociosanitaria*, concebidas como herramientas para facilitar el trabajo y homogeneizar el funcionamiento de dichos equipos y comisiones.

Comunidad Autónoma de Extremadura
Plan marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005-2010

Ámbito geográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Autonómico.
Población destinataria	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con enfermedades mentales. • Personas mayores con dependencia. • Personas adultas con discapacidades físicas. • Personas con discapacidad intelectual.
Intensidad de la relación	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación horizontal y vertical de los sistemas sanitario y social en su conjunto.
Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Macro.
Tipos de servicios involucrados	<ul style="list-style-type: none"> • Atención sanitaria especializada. • Servicios sociales comunitarios y residenciales.
Instrumentos Métodos Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación conjunta intersectorial. • Estructuras de coordinación. • Equipos interdisciplinarios de valoración. • Sistemas de información vinculados.
Descripción	<p>Aspectos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Junta de Extremadura, a través de las Consejerías de Sanidad y Consumo y de Bienestar Social, acometió, en 2003, la tarea de definir un modelo de atención sociosanitaria que respondiese a las necesidades de las personas en situación de dependencia con patología crónica. Un paso importante en la consecución de este objetivo ha sido la aprobación del Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura, galardonado con el premio IMSERSO Infanta Cristina 2006. • El plan, en el que se aborda la planificación del espacio sociosanitario tanto desde una perspectiva conceptual como práctica, establece las necesidades de la población en cuanto a servicios sociosanitarios y analiza la oferta actual de servicios desde ambos sistemas para determinar la demanda insatisfecha. Una vez identificados los nuevos servicios a crear y los aspectos a mejorar, se establecen las líneas directrices que deberán guiar el proceso de cambio durante los próximos cinco años.

Comunidad Autónoma de Extremadura
Plan marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005-2010

Descripción

Definición de la atención sociosanitaria y el modelo de atención deseado

- La atención sociosanitaria se define como “*la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presentan simultáneamente dependencia y patologías crónicas, y que tienen necesidad de cuidados personales y de cuidados sanitarios al mismo tiempo. La atención a estas necesidades se cubrirá mediante una acción conjunta desde los sectores social y sanitario, en la que cada sector ayude a delimitar sus competencias y desarrolle todos los servicios necesarios para aportar una respuesta integral a las necesidades sociales y sanitarias de los ciudadanos, organizando un sistema de servicios coordinado, con procesos bien definidos y caracterizado por prestar una atención integral, interdisciplinaria y global*”.
- Se trata, por tanto, de un espacio de coordinación de los sectores sanitario y social, más que de la creación de un tercer sector independiente de los actualmente existentes y que se debe regir por los siguientes principios generales:
 - Alcanzar un sistema integral de atención que ponga el mismo énfasis en la prevención, en los cuidados y en la rehabilitación, que en la asistencia curativa.
 - Fomentar un modelo de atención comunitario que potencie la permanencia en el domicilio y en el ambiente social de la persona usuaria, evitando en lo posible el hospitalocentrismo y la institucionalización.
 - Primar la evaluación integral de las necesidades de la persona usuaria, incluidas la patología, el grado de dependencia física, psíquica e intelectual y la red social de apoyo.
 - Desarrollar un sistema de información común que permita el seguimiento de la atención.
 - Atender integralmente a la persona en todos sus aspectos, ofreciendo un abordaje interdisciplinar o multidisciplinar, con una organización funcional intersectorial coordinada.
 - Conseguir la continuidad asistencial en el proceso de atención, la estructuración en función de niveles de complejidad, y la delimitación de competencias coordinadas entre niveles y sectores como base de la atención integral.
 - Potenciar la funcionalidad y efectividad de los servicios, frente a la rigidez de las estructuras en la organización de recursos.
 - Diversificar la oferta de servicios en función de las necesidades de la población, desarrollando recursos polivalentes y flexibles que se adapten a las necesidades cambiantes de las personas atendidas, facilitando la simultaneidad en la prestación de servicios y el flujo de pacientes entre recursos.
 - Desarrollar servicios prestados con la mayor cualificación técnica y calidez humana, acordes al desarrollo tecnológico actual, y recursos que observen al máximo las medidas de confort.
 - Temporalizar un crecimiento armónico de la oferta de servicios en sus diferentes áreas de acción, adaptable y priorizado en función de las necesidades, evitando la descompensación entre los diferentes niveles de atención.
 - Organizar un sistema sostenible desde una óptica organizativa y económica, valorando la eficiencia, el rendimiento de sus recursos y el resultado integrado de la atención.
 - Organizar un sistema que evolucione gracias a la implicación y aportaciones de directivos, profesionales, ciudadanos, pacientes y familiares y asociaciones de usuarios.

Comunidad Autónoma de Extremadura
Plan marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005-2010

Descripción

Grupos de población de atención prioritaria

Se determinaron cinco grandes tipologías de personas potencialmente demandantes de servicios sociosanitarios. Para cada uno de estos grupos de usuarios, se establecieron los principales criterios que podrían diferenciarlos en función de la necesidad de cuidados, estableciendo así 14 perfiles sociosanitarios:

1. Salud mental.

- Personas con trastorno mental severo de 15 a 65 años, con dependencia total o severa.
- Personas con trastorno mental severo de 15 a 65 años, con dependencia leve o moderada.
- Personas con trastorno mental severo y alta necesidad de cuidados sanitarios.

2. Cuidados paliativos.

- Personas en situación terminal con sintomatología no compleja o estable, que no requieren institucionalización.
- Personas en situación terminal con sintomatología compleja o inestable, que requieren institucionalización.
- Personas en situación terminal con sintomatología compleja o inestable, que no requieren institucionalización.

3. Personas mayores con dependencia.

- Personas mayores con un elevado grado de dependencia.
- Personas mayores con demencia grave.
- Personas mayores que precisan una alta complejidad de cuidados.
- Personas mayores que precisan una alta intensidad de cuidados sanitarios.

4. Personas adultas menores de 65 años con discapacidad física.

- Con discapacidad física permanente y dependencia total.
- Con discapacidad física permanente y dependencia severa.
- Con necesidad de cuidados sanitarios prolongados.

5. Personas con discapacidad intelectual.

- Con dependencia total o severa, o con trastornos graves de la conducta.

Definición de los recursos necesarios

- La modalidad asistencial viene determinada por el grado de dependencia y el estado de la red social de la persona usuaria:

- La asistencia en régimen de internamiento.

Se dirige a personas usuarias que sufren un elevado grado de dependencia, independientemente de la existencia o no de una red social adecuada. Dicho internamiento puede ser de media o larga estancia, hospitalaria o residencial.

- La atención domiciliaria.

Está dirigida a aquellas personas con dependencia moderada y severa que cuentan con una adecuada red de apoyo social. Existen dos modalidades: la atención domiciliaria, de carácter sanitario, y la ayuda a domicilio o asistencia domiciliaria, de carácter social, de forma que se cubre un amplio espectro de necesidades, desde la atención médica hasta las labores domésticas.

Comunidad Autónoma de Extremadura
Plan marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005-2010

Descripción

- La atención diurna.
Se dirige a personas con un grado leve de dependencia y que conservan una adecuada red social de apoyo. Incluye recursos como los hospitales de día y los servicios de rehabilitación en régimen diurno, de marcado carácter sanitario, así como los centros de día, de carácter social, donde predomina la actividad ocupacional y estimuladora.
- Los servicios de alojamiento.
Este tipo de recurso, que incluye pisos tutelados y otras modalidades residenciales, está dirigido a personas con un grado de dependencia leve pero que carecen de una red social de apoyo adecuada.
- La tipología de servicios, así como su organización y financiación vienen definidas por la intensidad de cuidados sanitarios que se dispensan:
 - Unidades de convalecencia y recuperación funcional (perfil tipo 0): son recursos destinados a pacientes subagudos con posibilidad de recuperación de su grado de autonomía.
 - Cuidados sanitarios continuados intensos (perfil tipo 1): son recursos destinados a personas que requieren cuidados sanitarios continuados e intensos no curativos –revisión diaria de médicos y atención continuada de personal de enfermería y auxiliares y/o a personas en situación de alto nivel de sufrimiento que requieren cuidados complejos para el alivio sintomático con el fin de mejorar la calidad de vida.
 - Atención sanitaria continuada a personas dependientes (atención sociosanitaria o perfil tipo 2): son recursos destinados a personas con un elevado grado de dependencia que requieren cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos, y cuidados o supervisión prolongados dentro de un entorno sanitizado (revisión médica periódica no diaria, puntual o a demanda, revisión diaria de enfermería, y cuidados continuados de auxiliares).
 - Atención a la dependencia (perfil tipo 3): son recursos residenciales y domiciliarios de atención y rehabilitación de la dependencia.
- Una vez analizada la demanda actual y esperada, y descrita la oferta actual de servicios, se procedió a correlacionar ambos aspectos configurando opciones de cuidados teóricamente ideales para cada grupo de población.
- Del análisis del escenario planteado se deduce la necesidad de poner en marcha una amplia gama de dispositivos sociales y sanitarios que amplíen el abanico de servicios y prestaciones en relación a la oferta actual. Así, se pasa de un modelo centrado en la residencia y el hospital a la potenciación de otros servicios alternativos, ubicados en el entorno comunitario del usuario y que pretenden proporcionar una atención más integral a su problemática.

Comunidad Autónoma de Extremadura
Plan marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005-2010

Descripción

1. Recursos residenciales.

- Se ponen en marcha servicios de atención sociosanitaria dirigidos a la población mayor, a personas adultas con discapacidad física y a personas con discapacidad intelectual, inexistentes hasta ahora.
- En cuanto a los servicios existentes para enfermos mentales en hospitales psiquiátricos, se plantea su reconversión en camas más sanitarias (T1).
- En relación con los servicios de atención a la dependencia, se plantea la necesidad de reconvertir un cierto número de camas de mayores dependientes en camas destinadas a personas mayores con un perfil más sanitario (T2), crear camas destinadas a menores de 65 años y poner en marcha un número importante de camas residenciales para personas con dependencia derivada de su enfermedad mental situadas en la comunidad (T3 enfermos mentales).

Evolución de los recursos residenciales

Tipo de cama	Oferta actual	Oferta sociosanitaria	Incremento necesario	Recurso
T2 camas para p. mayores (dep. Alta y dem. Grave)	0	559	559	Plazas
T3 camas para p. mayores	2.777	2.553	-	Plazas
T2 camas para p. menores de 65 años	0	280	280	Plazas
T3 camas para p. menores de 65 años	0	241	241	Plazas
T2 camas para p. con enfermedad mental	152	0	-	Plazas
T3 camas para p. con enfermedad mental	0	360	360	Plazas
T2 camas para cuidados paliativos	0	23	23	Plazas
T2 camas para p. con discapacidad intelectual	0	33	33	Plazas
Pisos tutelados para p. con problemas de salud mental (T3)	16	74	58	Plazas

Comunidad Autónoma de Extremadura
Plan marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005-2010

Descripción

2. Servicios de atención domiciliaria.

- En general, se amplían las prestaciones y se potencian algunos de los servicios actuales, con el objetivo de permitir el mantenimiento de la persona afectada en su entorno.
- El servicio de atención doméstica, si bien se mantiene, se complementa con una asistencia más profesionalizada dirigida a los cuidados personales.
- Se incrementa la atención domiciliaria de tipo sanitario, adquiriendo especial relevancia los cuidados de enfermería destinados a la prevención de la dependencia y el cuidado, pero también el seguimiento social y la compañía a domicilio. El incremento de recursos potenciaría las redes ya existentes.

Evolución de los servicios de atención domiciliaria

Tipo de servicio	Oferta actual	Oferta sociosanitaria	Incremento necesario	Recurso
Telealarma	2.323	2.323	-	Aparatos/año
Ayuda a domicilio de cuidadores personales	0	690	690	Profesional
Ayuda a domicilio de atención doméstica	2.828	311	-	Profesional
Lavandería a domicilio	0	123	123	Lotes/semana
Comida a domicilio	0	86	86	Lotes/semana
Ayudas técnicas	1.200	13.289	12.089	Ayudas
Fisioterapia a domicilio	0	19	19	Profesional
Enfermería a domicilio	26	54	28	Profesional
Médico a domicilio	27	19	-	Profesional
Compañía a domicilio	0	366	366	Voluntarios
Seguimiento social a domicilio	0	13	13	Profesional

Comunidad Autónoma de Extremadura
Plan marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005-2010

Descripción

3. Servicios de atención diurna.

- Se consideran fundamentales para la construcción del sistema de atención diversificado que se propone, generando una nueva oferta para grupos que hasta ahora carecían de dicha prestación, como es el caso de las personas menores de 65 años con necesidad de cuidados sanitarios continuados (centros de día).
- Se mantienen otros servicios, como los dirigidos a la reinserción social, laboral u ocupacional.

Evolución de los servicios de atención diurna

Tipo de servicio	Oferta actual	Oferta sociosanitaria	Incremento necesario	Recurso
Centro día para p. con discapacidad física	109	1.770	1.661	Plazas
Centro día para p. mayores con demencia	164	5	-	Plazas
Centro de rehabilitación psicosocial	360	381	21	Plazas
Apoyo psicológico al paciente PNCP*	2	4	2	Profesional
Servicio de terapia ocupacional PNCP*	0	4	4	Profesional
Centro ocupacional para p. con problemas de salud mental	0	264	264	Plazas
Programas ocio y tiempo libre para p. con problemas de salud mental	75	511	436	Plazas
Programas de inserción y capacitación laboral para p. con problemas de salud mental	24	89	65	Plazas

* PNCP: Personas con necesidad de cuidados paliativos.

4. Servicios de apoyo a la familia.

- Se plantea el desarrollo de una serie de prestaciones asistenciales orientadas a apoyar a la persona cuidadora de la persona con dependencia, proporcionándole tanto servicios de respiro, como formación e información.
- Además de los contemplados en este epígrafe, los servicios residenciales contarán con plazas de estancia temporal para proporcionar descanso familiar y atender situaciones de emergencia familiar.

	Oferta actual	Oferta sociosanitaria	Incremento necesario	Recurso
Servicio de respiro a domicilio	0	5	5	Profesionales
Servicio de atención psicosocial a cuidadores	0	21	21	Profesionales
Servicio de información y orientación	0	0	-	Profesionales
Servicio de atención psicosocial familiar	0	1	1	Profesionales
Formación a cuidadores	0	44	44	Profesionales

Comunidad Autónoma de Extremadura
Plan marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005-2010

Descripción

5. Servicios sanitarios.

- Si hasta ahora la atención se centraba en el hospital, entendido como un servicio que daba cobertura a situaciones agudas o temporales, el modelo amplía las prestaciones, planteando una serie de servicios destinados a prestar atención sanitaria continuada e intensa. Se trata de entornos orientados a la asistencia prolongada e intensa de situaciones que, por su carácter persistente o por la complejidad y duración de cuidados requeridos, pueden ser mejor atendidos en centros de carácter sanitario alternativos al hospital.
- En algunos casos, se plantea la creación de ciertos servicios y unidades que, situados dentro de los hospitales de agudos, estén destinados a mejorar la atención a las y los pacientes ingresados, que mejoren la convalecencia, la recuperación funcional, la atención geriátrica y, en conjunto, mejoren la eficiencia de los recursos de agudos facilitando el retorno a la comunidad.
- Se prevé también la potenciación o creación de algunos servicios hospitalarios de día dirigidos a la población mayor o con trastornos mentales y la puesta en marcha de diversos servicios sanitarios de atención domiciliaria (cuidados paliativos o salud mental).

Evolución de los servicios sanitarios

Tipo de cama	Oferta actual	Oferta sociosanitaria	Incremento necesario	Recurso
T1 camas para p. mayores (alta complejidad de cuidados)	36	112	76	Plazas
T1 unidad de media estancia para p. con problemas de salud mental	54	66	12	Plazas
T1 unidad de rehabilitación para p. con problemas de salud mental	67	132	65	Plazas
T1 camas para p. menores de 65 años (alta necesidad de cuidados sanitarios)	6	68	62	Plazas
T1 camas para cuidados paliativos	0	7	7	Plazas
Hospital de día para p. con problemas de salud mental	0	163	163	Plazas
Control y seguimiento por equipos de salud mental	12	31	19	Profesional
Unidad de hospitalización breve	108	132	24	Plazas
Camas de cuidados paliativos en centros hospitalarios de agudos	18	34	16	Plazas
Intervención del Equipo de Salud Mental a domicilio	0	38	38	Profesional
Atención domiciliaria de cuidados paliativos	17	36	19	Profesional
Hospital de día de p. mayores	18	125	107	Plazas

Comunidad Autónoma de Extremadura
Plan marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005-2010

Descripción

Órganos y estructuras de coordinación

- La organización del modelo parte de la idea de que un sistema integral de atención puede ser desarrollado desde la coordinación de diferentes sectores, siempre que:
 - Exista una clara delimitación de las competencias de cada uno de los sectores.
 - Se identifiquen las necesidades de la persona que han de ser atendidas simultáneamente desde cada uno de ellos.
 - Exista una planificación conjunta de los recursos y servicios.
 - Existan equivalencias en la distribución territorial de los recursos sanitarios y sociales.
- Para llevar a cabo esta labor de coordinación se ponen en marcha los siguientes órganos y espacios de coordinación:
 1. *Comisión de seguimiento del plan sociosanitario.*
 - Comisión formal paritaria de trabajo intersectorial entre las Consejerías de Sanidad y Consumo y de Bienestar Social para la adopción de acuerdos y el seguimiento del plan de implementación.
 2. *Comisión permanente intersectorial sociosanitaria.*
 - Supone el órgano central de control sobre el que gira la coordinación y organización del sistema integral de cuidados continuados, lo que conlleva la supervisión constante del funcionamiento de las comisiones sociosanitarias de zona del Plan de atención sociosanitario.
 - En principio, estará conformada por miembros de las direcciones generales de servicios sociales de bienestar social y de atención sociosanitaria y salud del SES, y será codirigida por ambos directores generales, cada uno responsable de las acciones que se enmarquen dentro de sus competencias (sanitarias y sociales) para el rendimiento al plan anual.
 3. *Comisiones sociosanitarias de zona.*
 - Estas comisiones, formadas por representantes de ambas administraciones, sanitaria y social, se crean con el objeto de ofertar servicios y prestaciones, provenientes del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales, a pacientes/personas usuarias que requieran respuestas que superen el ámbito comunitario.
 - Para ello, dispondrán de una cartera de servicios constituida por plazas reservadas o cedidas por los servicios sanitarios y sociales de la Junta de Extremadura, y en la compra de servicios privados o disposición de plazas provenientes de conciertos con otras entidades.
 - Podrán tomar decisiones sobre la prioridad sobre el acceso a un servicio de carácter sociosanitario, además de efectuar el seguimiento de los casos mientras la persona usuaria no ingrese definitivamente en un centro o ya no necesite atención.
 4. *Comisiones sociosanitarias comunitarias.*
 - Conformadas por profesionales de los servicios sociales de base y profesionales del equipo de atención primaria de salud.
 - Cursarán todas las demandas de atención desde sus respectivos programas de ayuda a domicilio y de atención domiciliaria, derivando las peticiones a las comisiones sociosanitarias de zona para la tramitación de recursos más especializados cuando fuera necesario.
 - De forma progresiva, se irán formando conexiones entre los servicios sociales de base y los centros de salud.
 - Este proceso dará lugar a la aparición de un sistema de cooperación continua para maximizar y racionalizar la atención de personas usuarias comunes.

Comunidad Autónoma de Extremadura
Plan marco de atención sociosanitaria de Extremadura 2005-2010

Resultados y valoración	<p>Desde su aprobación en agosto de 2004, se ha producido cierto desarrollo de las acciones previstas en el Plan Marco de Atención Sanitaria de Extremadura. Entre ellas cabe destacar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La aprobación del Decreto 7/2006, de 10 de enero, de la Junta de Extremadura, por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Sociosanitaria y el Servicio Público de Atención Sociosanitaria en su modalidad Tipo Dos (T2) y se establece su régimen jurídico. • La aprobación del Decreto de la Consejería de Bienestar Social 131/2006, de 11 de julio, por el que se crea el Servicio Público de Cuidados Personales y Atención a Situaciones de Dependencia, modalidad Tipo Tres (T3), y se establece su régimen jurídico. • Se ha puesto en marcha el servicio especializado de ayuda intensiva en el hogar. • Se ha elaborado un nuevo marco de atención al deterioro cognitivo (PIDEX).
-------------------------	---

Comunidad Foral de Navarra
Plan Foral de Atención Sociosanitaria

Ámbito geográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Autonómico.
Población destinataria	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con enfermedades crónicas y dependencia funcional.
Intensidad de la relación	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación horizontal.
Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Macro.
Tipos de servicios involucrados	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Servicios Sociales. • Sistema de Salud.
Instrumentos Métodos Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación conjunta intersectorial. • Estructuras de coordinación. • Gestión de casos. • Valoración interdisciplinar de necesidades. • Plan interdisciplinar de atención individual.
Descripción	<p>Aspectos básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Plan Foral de Atención Sociosanitaria, aprobado por acuerdo de Gobierno de Navarra de fecha 27 de junio de 2000, pretende establecer un modelo de atención integral y global para aquellas personas con necesidades mixtas sociales y sanitarias. La necesidad de construir dicho modelo venía dada, tal y como se expresa en el propio Plan, por las limitaciones con que se encontraban los sistemas de salud y de servicios sociales a la hora de hacer frente a las nuevas exigencias de las personas que requerían cuidados sanitarios y sociales continuados, y que se concretaban en:

Comunidad Foral de Navarra
Plan Foral de Atención Sociosanitaria

Descripción

- Incapacidad de un modelo fundamentalmente curativo para responder a las necesidades de personas con enfermedades crónicas y dependencia.
- Inadecuación del modelo de atención primaria "a demanda" para atender a personas con problemas crónicos, donde sin duda las necesidades superan a las demandas.
- Déficit de recursos para la atención de personas mayores dependientes y de personas con discapacidad.
- Insuficiente especialización de los recursos institucionales para atender los diferentes tipos de necesidades.
- Imposibilidad de algunos centros residenciales del Sistema de Acción Social, para hacer frente a la gradual pérdida de autonomía de sus residentes.
- Inexistencia de una suficiente conexión entre los diferentes recursos sociales y sanitarios e, incluso, dentro del propio sistema sanitario, entre atención especializada y atención primaria.
- Otras deficiencias en aspectos relacionados con el modelo de atención, como son la formación específica de los profesionales y el déficit de algunas categorías profesionales.
- Como respuesta a las necesidades desatendidas de esta población se plantea, por tanto, la creación de un modelo de atención:
 - Integral, que tenga en cuenta las diferentes necesidades de atención de las personas y de sus familias.
 - Centrado en las personas.
 - Interdisciplinar, que cuente con la participación de diferentes profesionales en equipos multidisciplinares para obtener los máximos estándares de calidad y eficacia en la valoración y detección de las necesidades, en la prevención de complicaciones, en la planificación de las actividades y en la evaluación de los resultados obtenidos.
 - Rehabilitador activo, que permita disminuir el impacto físico de la enfermedad o la discapacidad y mantener los mejores niveles de calidad de vida.

Gestión de caso y plan individualizado de servicios

El Plan Foral de Atención Sociosanitaria propone la gestión de caso como manera más adecuada de resolver los problemas de coordinación existentes entre los servicios sociales y los servicios de salud. Ello implica el cambio desde una organización orientada a los recursos o servicios, a una organización orientada al caso y al proceso y una reestructuración de la organización de la asistencia en una serie de etapas:

- Identificación de casos. Supone el desarrollo de sistemas de penetración en las redes comunitarias para garantizar la identificación de casos potenciales de riesgo que podrían beneficiarse de los servicios.
- Selección y admisión.
- Evaluación y reevaluación. Utilización de instrumentos multidimensionales, altamente estandarizados y basados en instrumentos de valoración de conocida validez y comparabilidad.
- Elaboración del plan individualizado de cuidados, teniendo en cuenta tanto los recursos formales como los informales.
- Organización de los servicios. Desarrollo real del plan de cuidados.
- Monitorización y evaluación. La atención no termina con la evaluación sino que incluye la monitorización de que los servicios están siendo provistos de acuerdo con el plan de cuidados en tiempo, cantidad y calidad, así como la evaluación de los resultados.

Comunidad Foral de Navarra
Plan Foral de Atención Sociosanitaria

Descripción

Atención primaria sociosanitaria

- Para garantizar a la población que se encuentra en situación de dependencia y requiere cuidados sanitarios continuados una asistencia comunitaria adecuada y coordinada se considera necesario articular en un sistema integrado todos aquellos dispositivos, programas, servicios y recursos cuya finalidad es atender a personas con dependencia (exceptuando los que suponen un internamiento permanente en una residencia). Esto significa la puesta en marcha de los recursos independientemente de su ubicación administrativa en torno a objetivos compartidos.
- Los objetivos de la atención primaria sociosanitaria son:
 - Garantizar a la población con conjunción de dependencia y enfermedad una asistencia sociosanitaria adecuada y coordinada.
 - Elaborar un sistema ágil de detección, atención y seguimiento de las necesidades sanitarias y sociales de la población.
 - Garantizar una atención comunitaria sociosanitaria continuada y coherente, prestada por ambos departamentos, a todas aquellas personas con problemas de dependencia que residan en su domicilio.
 - Garantizar una atención sociosanitaria adecuada a aquellas personas institucionalizadas, que deberá ser prestada por ambos departamentos.
 - Simplificar el actual proceso de acceso a prestaciones.
- La coordinación entre el sistema de salud y el de servicios sociales en la atención comunitaria consistirá en establecer un procedimiento reglado de trabajo en cooperación que se extienda a todas las zonas básicas. El Plan prevé que esto se concrete en:
 - Una valoración conjunta de los casos. A estos efectos se propone constituir un núcleo de valoración entre cada servicio social de base y cada centro de salud. La comisión estaría formada por profesionales del centro de salud y una trabajadora social o un trabajador social del servicio social de base, que podrían realizar las valoraciones por sí mismos o recabando información en sus respectivos centros.
 - Un diseño conjunto del plan de atención coordinando los distintos tipos de recursos necesarios.
 - La gestión de cada uno de los servicios considerado como necesario.
 - Una revisión periódica (semestral o cuando las circunstancias lo exijan) de la situación de los casos, poniendo al día la valoración de los mismos y el plan de atención.
- El Plan propone estructurar la organización de los servicios en tres niveles: acogida, valoración y diseño de la atención, y desarrollo del proceso de atención. La persona demandante puede ser captada por cualquiera de los dos tipos de servicio que forman la acogida –los servicios sociales de base o los centros de salud– pero tanto la valoración y el diseño del plan de atención, como el desarrollo del proceso deberá hacerse de forma conjunta, a través de un “Núcleo de Coordinación”, con una perspectiva de gestión integral.

Dispositivos de coordinación

El Plan Foral de Atención Sociosanitaria prevé una serie de dispositivos de coordinación, tanto en el ámbito de la dirección y la planificación, como en el de la atención directa a las personas usuarias:

1. La Comisión Técnica y de Seguimiento del Plan.

Se constituye como máximo órgano ejecutivo de coordinación. Las funciones de esta Comisión se definen en:

- Someter a la aprobación del Gobierno de Navarra el Plan Foral de Atención Sociosanitaria, sus programas, los planes anuales de actuación, así como cuantas modificaciones se efectúen en los mismos.

Comunidad Foral de Navarra
Plan Foral de Atención Sociosanitaria

Descripción

- Promover cuantas acciones preventivas, asistenciales y de intervención sean necesarias para el desarrollo y ejecución del Plan.
- Asegurar la máxima coordinación entre las distintas administraciones públicas en cuanto a planificación, ejecución y seguimiento en el ámbito de programas de atención sociosanitaria.
- Elaborar y aprobar la propuesta anual de actuaciones en el marco del Plan y en su caso, someter lo que proceda a la aprobación del Gobierno de Navarra.
- Realizar el seguimiento y evaluación del desarrollo y ejecución de las medidas y actividades contenidas en el plan anual.
- Proponer y diseñar los programas de formación, investigación y promoción que se estimen convenientes para el adecuado desarrollo del Plan.
- Supervisar el sistema de información y de registro del Plan.

2. Coordinador/a de Atención Sociosanitaria de Navarra.

Es el instrumento esencial para impulsar el desarrollo del Plan. Dependerá orgánicamente de la Dirección General del Departamento de Salud, manteniendo asimismo una dependencia funcional de la Dirección General de Bienestar Social. Ejercerá como mínimo las siguientes funciones:

- Ostentar la responsabilidad técnica del Plan y desarrollar cuantas funciones y/o acciones le sean encomendadas por la Comisión técnica y de seguimiento así como por las direcciones generales de bienestar social y de salud.
- Participar en las sesiones de la Comisión técnica y de seguimiento del Plan, asumiendo las funciones de secretaría técnica.
- Presidir las reuniones de los núcleos de coordinación de la atención sociosanitaria del sector de salud mental.
- Impulsar y coordinar el funcionamiento de los núcleos de coordinación de atención sociosanitaria de zona básica.
- Asegurar la continuidad de cuidados en las altas hospitalarias.
- Asegurar el correcto y eficaz funcionamiento de la Comisión técnica y de las subcomisiones y grupos de trabajo que, en su caso, puedan establecerse.
- Realizar y supervisar cuantas actuaciones resulten precisas para garantizar el adecuado desarrollo y ejecución del Plan.
- Proporcionar a las distintas administraciones públicas la información y asesoramiento técnico precisos para el desarrollo del Plan y mantener cuantos cauces de coordinación y colaboración resulten necesarios para dicha finalidad.
- Participar en la coordinación con otros programas que desde la Administración se lleven a cabo y que, por sus características, puedan favorecer el desarrollo del propio Plan.
- Propiciar instrumentos de gestión de casos y su correspondiente evaluación.

3. Núcleo de coordinación de la atención sociosanitaria de salud mental.

- Su ámbito de trabajo será el del sector de salud mental. Se constituirá una Comisión en cada sector de salud mental.
- Será presidida por el/la Coordinador/a de Atención Sociosanitaria de Navarra y en ella participarán profesionales de los distintos centros y servicios integrados en el Plan y presentes en el sector de salud mental.
- Entre sus funciones cabe destacar:
 - Elaboración del catálogo de recursos del área.
 - Identificación de las necesidades del área.

Comunidad Foral de Navarra
Plan Foral de Atención Sociosanitaria

Descripción

- Gestión de casos que excedan el ámbito de trabajo de los núcleos de coordinación de atención sociosanitaria de zona básica. Determinación de los procedimientos de utilización de los recursos.
- Proponer a la Comisión técnica y de seguimiento del Plan cuantas modificaciones del Plan sean precisas para adecuar la oferta de servicios a la demanda de los mismos en el ámbito de salud mental.

4. Núcleo de coordinación de la atención sociosanitaria de zona básica.

- Su ámbito de trabajo será el de la zona básica de salud. Se constituirá un equipo en cada zona básica. Como tal equipo, su papel es exclusivamente el de gestión de casos y por ello, en su composición, se contemplará un diseño muy operativo hasta el punto de que estará formada por profesionales del equipo de atención primaria de salud, y un/a trabajador/a social responsable de la gestión de casos perteneciente al servicio social de base.

- Las funciones del equipo serán:

- Las de realizar las valoraciones de los casos susceptibles de atención sociosanitaria que, previamente hayan sido captadas por los servicios sanitarios y/o sociales bien de oficio o bien a demanda. La valoración del caso se realizará por las personas que integran el equipo de zona, bien por sí mismos, bien recabando el dictamen de los profesionales que atiendan habitualmente a la persona usuaria.

La valoración de los casos supondrá un análisis del nivel de autovalimiento y dependencia, de la situación personal, social, familiar, de las preferencias de la persona usuaria y de sus personas cuidadoras, así como de los medios económicos de que dispone.

Deberán trabajar conjuntamente con las unidades de gestión de altas hospitalarias para colaborar en la asunción de las tareas que corresponden a cada sistema de atención para agilizar las altas.

- Realizada la valoración del caso, se diseñará un plan individualizado de servicios dictaminando los recursos que para cada caso se precisen. Por lo tanto, el núcleo de coordinación de atención sociosanitaria de zona básica resolverá in situ la respuesta que en cada caso se precise. En aquellos casos en que la respuesta de atención individualizada afecte a servicios de sector de salud mental, elevará propuesta de atención al núcleo de coordinación de salud mental. Así mismo, en aquellos casos en que el plan de atención requiera la utilización de recursos o servicios no disponibles en la zona básica se requerirá la conformidad de quien asuma la responsabilidad administrativa de la utilización de esos recursos o servicios no descentralizados.
- De igual modo, corresponderá al núcleo de coordinación de la atención sociosanitaria de zona básica la evaluación y revisión continuada de los planes individualizados de atención, con el fin de adecuar la respuesta que se esté dando a las necesidades cambiantes que puedan derivarse de la evolución de cada caso.

Actuaciones previstas

1. Atención primaria sociosanitaria.

- Se designará a una persona como responsable de información y asesoramiento en cada centro de ambas redes (servicio social de base/centro de salud).
- Se difundirán en las redes de atención primaria de salud y bienestar social las respectivas carteras de servicios y, en concreto, los servicios existentes en cada zona y la forma de acceso a los mismos.
- Se creará un núcleo de coordinación de la atención sociosanitaria en cada de zona básica de salud.

Comunidad Foral de Navarra
Plan Foral de Atención Sociosanitaria

Descripción

- Se organizará la atención sanitaria a residencias y centros de día, por parte del Departamento de Salud.
- Se diseñará un impreso único de recogida de información sanitaria para el acceso a las prestaciones sociales.

2. Ordenación de recursos.

Se ordenarán los recursos sociosanitarios en función del grado de dependencia que atiendan y su grado de especificidad:

1. Recursos sociosanitarios de nivel intenso.

- Centros residenciales para personas con alto nivel de dependencia psicofísica y social.
 - Plazas de larga estancia.
 - Plazas de corta estancia y/o unidades de convalecencia.
- Centros de día o estancias diurnas en centros residenciales.
- Unidades de cuidado paliativos.

2. Recursos sociosanitarios de nivel moderado.

- Residencias de válidos.
- Pisos funcionales para personas con un nivel de dependencia psico-física moderada.

3. Programas sociosanitarios comunitarios.

3. La prestación sanitaria en el área residencial.

- Se realizará por parte del Departamento de salud una categorización inicial de las residencias a efectos de organización de la prestación sanitaria, categorización que se basa en criterios de número de plazas asistidas, ubicación y agrupación con otras residencias.
- Se incluirán en los conciertos con residencias las exigencias de plantilla sanitaria propia que deben tener en función de la categoría en que hayan sido ubicadas.
- Los centros de salud que atiendan directamente a residencias (medianas aisladas y pequeñas) verán modificada la valoración de sus cargas de trabajo en función del número de plazas asistidas. A su vez, esas residencias deberían dejar de percibir la parte de subvención correspondiente por asistencia sanitaria de cada plaza, importe que deberá incorporarse al presupuesto de la Dirección de Atención Primaria de Salud.
- Las residencias con personal propio (bien de una empresa privada o fundación, bien del sistema público), deberán tener el mismo tipo de funcionamiento que las demás a efectos de programa de atención, protocolos, fármacos, etc.
- Se deducirá de las subvenciones a las residencias la parte correspondiente a financiar el material sanitario y los medicamentos, cantidad que será incluida en los presupuestos de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud.
- Se asignará código CIES a todos los médicos de las residencias y se les asignará las tarjetas sanitarias de los residentes que a su vez se retiraran de los cupos médicos de la zona básica.
- Cualquier nueva residencia deberá ser categorizada por el Departamento de Salud, que se reserva también la autoridad para realizar cambios en la categorización de las existentes, al efecto de plantear su plantilla sanitaria.

4. Programa de altas hospitalarias.

1. Ordenación de recursos y servicios.

- Ordenación de la estancia media en el ámbito del sistema sanitario, estableciendo criterios sobre tipos de recursos y servicios.

Comunidad Foral de Navarra
Plan Foral de Atención Sociosanitaria

Descripción

- Definición y delimitación de las funciones y competencias de los centros y servicios incorporados al espacio sociosanitario.
 - Elaboración de indicadores de calidad.
2. Valorar la implantación progresiva de unidades de refuerzo que den respuesta a las distintos tipos de demandas y que garanticen la utilización de los recursos adecuados (media estancia de carácter sub-agudo, de convalecencia, unidades de cuidados paliativos, hospital de día, larga estancia).
 3. Constitución de equipos multidisciplinares de gestión de altas hospitalarias con las siguientes características:
 - Metodología de trabajo interdisciplinar (medico, enfermera, trabajadora social).
 - Utilización de instrumentos de valoración consensuados.
 - Criterios de designación de recursos y servicios que garanticen la continuidad de los cuidados.
 - Protocolos de actuación.
 4. Desarrollo de circuitos de derivación sistematizados en los que estén implicados todos los niveles asistenciales que puedan facilitar un continuo asistencial, evitando trabajar mediante colaboraciones puntuales basadas en la buena voluntad de los profesionales.
 5. Designación de personal de referencia tratando de identificar a las figuras responsables de la continuidad de los cuidados al paciente, dentro y fuera del hospital y especialmente con los responsables de las unidades de refuerzo y la atención primaria.
5. *Programa de Atención Sociosanitaria a Personas con Enfermedad Mental.*
1. Área residencial.
 - Ampliación de la cobertura residencial a través del incremento de plazas concertadas con entidades sin ánimo de lucro.
 - Replanteamiento de los hogares protegidos y pisos protegidos financiados por INBS y SNS y gestionados desde la Subdirección de Salud Mental.
 - Iniciar un proceso de retorno de las personas ingresadas en centros ubicados fuera de Navarra.
 2. Área laboral/ocupacional.
 - Redefinición de la actual estructura de la entidad que gestiona los centros ocupacionales.
 - Desarrollo de la figura de “concierto” entre la Administración y la entidad gestora de los centros ocupacionales.
 - Desarrollar con entidades gestoras de centros ocupacionales implantados en Navarra y distribuidos geográficamente, la puesta en marcha de unidades de atención y participación para personas con enfermedad mental.
 - Delimitación y concreción del apoyo de la red de salud mental a los recursos ocupacionales.
 3. Área de ocio y tiempo libre.
 - Proveer a organizaciones no gubernamentales de los recursos necesarios para el mantenimiento de las actividades relativas a ocio y tiempo libre y vacaciones.
 4. Área jurídico/legal.
 - Creación de una institución tutelar a través de dos posibles vías:
 - Negociar con la Fundación Tutelar de Navarra la puesta en marcha de una unidad de atención a personas con enfermedad mental.
 - Desarrollo de la función tutelar a través de asociaciones de personas usuarias y familiares.

Comunidad Foral de Navarra
Plan Foral de Atención Sociosanitaria

Descripción

5. Área de auto-ayuda y asociacionismo.
 - Apoyo a la actuación de asociaciones de personas usuarias y familiares como grupo de autoayuda y tareas de difusión, sensibilización, etc.
6. Área de atención domiciliaria.
 - Definición del contenido de esta actividad.
 - Definición del perfil profesional que debe desarrollar esta tarea.
 - Definición de la estructura en la que debe integrarse esta figura profesional: red de salud mental, red de servicios sociales.
 - Puesta en marcha de un proyecto de atención domiciliaria, descentralizado, que dé cobertura a distintas zonas geográficas.

Otras Experiencias

Comunidad Autónoma de Andalucía

- El III Plan Andaluz de Salud (2003-2008) se articula en torno a una serie de ejes transversales entre los que destaca la intersectorialidad de las actuaciones que en ella se proponen. En este sentido, el plan plantea la necesaria convergencia de los objetivos y las medidas propuestas con los de otras Consejerías de la Junta de Andalucía y, concretamente, con la de Asuntos Sociales.
- Los objetivos y propuestas del Plan que exigen una coordinación entre el ámbito sanitario y social son:
 - Promover el bienestar y la calidad de vida de las mujeres con especial atención a su rol como cuidadoras, estableciendo programas de descanso, formación y apoyo para el cuidado de personas con enfermedades crónicas o falta de autonomía.
 - Fomentar actividades intersectoriales de promoción de hábitos saludables que permitan llegar a edades avanzadas con mejor autonomía y calidad de vida.
 - Desarrollar estrategias sociosanitarias para la autonomía de las personas mayores y su permanencia en el entorno elegido.
 - Potenciar la atención sociosanitaria a domicilio para las personas en situación de dependencia, cualquiera que sea su lugar de residencia. Esta atención debe incluir el cuidado de la salud, la prevención de la discapacidad, la potenciación de la autonomía personal, la ayuda para las actividades de la vida diaria, así como la promoción de la participación social activa.
 - Favorecer el apoyo a las familias con personas enfermas crónicas y discapacitadas y más concretamente:
 - Desarrollar estrategias sociosanitarias de atención domiciliaria diferenciadas. En ellas deben converger la asistencia sanitaria con el apoyo social que fomenta la autonomía y el autocuidado, así como medidas de ayuda al cuidador principal.
 - Establecer compromisos entre los agentes sociales y las instituciones para evitar el aislamiento social de estas personas y sus familias y promover su completa participación social.
 - Personalizar el cuidado de manera que los servicios se organicen para cada persona según sus necesidades, expectativas, autonomía y apoyo social. Promover la equidad en el acceso y la continuidad asistencial.
 - Establecer conjuntamente con la Consejería de Asuntos Sociales los sistemas y protocolos de actuación para asegurar el asesoramiento y tratamiento de atención infantil temprana a los niños y niñas con problemas en su desarrollo.

Otras Experiencias

Comunidad Autónoma de Andalucía

- Establecer protocolos de coordinación sociosanitaria, que contemplen programas de apoyo social a las personas con trastorno mental severo (en áreas de alojamiento, ocupación, empleo, relaciones sociales y tutela jurídica) e impulsar la cooperación con los municipios, las ONG y asociaciones.

Comunidad Autónoma de Aragón

- Aragón está desarrollando su espacio sociosanitario mediante la inclusión de objetivos dirigidos a la integración de servicios en sus diversos planes sectoriales.
- Así, el plan estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón menciona la necesidad de desarrollar un modelo integrado de atención sociosanitaria como uno de los principales retos a los que se enfrenta la atención en salud mental en Aragón y se propone como una de las líneas estratégicas a desarrollar la creación de una red de dispositivos sociosanitarios de salud mental. Establece también la creación de comisiones de rehabilitación psicosocial como órganos técnicos de coordinación entre centros de salud mental, recursos específicos de rehabilitación y dispositivos de reinserción laboral y comunitaria.
- De la misma manera, el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2005-2008 se propone como objetivo la atención integral de las personas con problemas de adicción y destaca como líneas de actuación prioritarias la integración y coordinación de las actividades desarrolladas por las distintas instituciones y entidades, así como la integración de las redes asistenciales específicas en los sistemas públicos de sanidad y servicios sociales.

Comunidad Autónoma de Valencia

- En la década de los años 90, Valencia puso en marcha el programa PALET, de intervención en el ámbito sociosanitario para pacientes con cronicidad avanzada y para pacientes en fase terminal. En él se establecían comisiones de coordinación autonómica para la valoración de estas personas.
- Más recientemente, en 2002, la Sociedad valenciana de Neurología propuso un Plan de Asistencia Integral a los Pacientes con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. En él se plantea la necesidad de un abordaje integral sanitario y social de las personas con este tipo de enfermedad y se proponen los servicios y los mecanismos de coordinación necesarios para lograrlo.

3. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

Sin duda, el interés por el espacio sociosanitario floreció en el contexto europeo y, sobre todo, en el norteamericano, con anterioridad a su aparición y desarrollo en nuestro ámbito. Esta antelación se debe, en buena medida, a que la necesidad de coordinar las actuaciones entre ambos sistemas sólo puede surgir, con relevancia, una vez que los mismos alcanzan, independientemente del modelo al que se adscriban, un grado considerable de maduración y una vez también que se enfrentan a una mayor necesidad de garantizar un aprovechamiento racional de los recursos. Sea como sea, la mayor tradición de estos países en este ámbito de intervención resulta muy enriquecedora para el debate actual y, desde esa óptica, sus iniciativas y experiencias resultan del mayor interés.

3.1. EXPERIENCIAS EUROPEAS

Las experiencias de coordinación, o incluso de integración, desarrolladas en Europa son muchas y muy variadas, por lo que no resulta posible recogerlas aquí con exhaustividad. Se opta, en consecuencia, por ofrecer una selección de iniciativas en la que se ha procurado reflejar esta diversidad: proceden de diferentes países, se destinan a la atención de diferentes grupos de población y abarcan diferentes tipos de servicios y programas de atención. Algunos países –notablemente el Reino Unido– están más representados que otros, no sólo porque sus esfuerzos en este ámbito estén siendo muy notables, especialmente en los últimos años, sino también debido, y gracias a, la mayor cultura documental de los británicos que lleva a una mayor difusión –a través de informes, memorias, directrices, etc.– de las iniciativas, tanto políticas como prácticas, que se desarrollan en el marco de las políticas públicas.

Dinamarca

Atención integrada a personas mayores en Skaevinge

Ámbito geográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Local.
Población destinataria	<ul style="list-style-type: none"> • Personas mayores frágiles.
Intensidad de la relación	<ul style="list-style-type: none"> • Integración.
Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Meso.
Tipos de servicios involucrados	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sociales comunitarios. • Servicios sanitarios de atención primaria.
Instrumentos Métodos Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Co-emplazamiento de servicios. • Ventanilla única. • Equipos interdisciplinares de valoración. • Equipos interdisciplinares de intervención. • Gestión de caso. • Valoración conjunta e interdisciplinar de necesidades. • Planificación individual conjunta e interdisciplinar.
Descripción	<p>Aspectos básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • En 1984, Skaevinge, una localidad de unos 5.600 habitantes situada en el norte de la isla de Zealand (en la parte oriental de Dinamarca), puso en marcha un proyecto para integrar la atención sanitaria y social prestada a las personas mayores de la localidad. El proyecto fue iniciado por el Ayuntamiento de Skaevinge que, al igual que el resto de los municipios daneses, tiene, en relación con la población mayor, competencias tanto en el área de la sanidad como en la de servicios sociales. • Los objetivos del proyecto fueron: <ul style="list-style-type: none"> - Integrar los servicios de atención sanitaria y social en una única organización para hacer un uso más flexible y eficiente del conjunto de recursos disponibles.

Dinamarca

Atención integrada a personas mayores en Skaevinge

Descripción

- Facilitar el acceso a los servicios sociales y sanitarios tanto para las personas mayores que residían en sus domicilios, como para quienes vivían en servicios residenciales.
- Ofrecer una atención individualizada y preventiva de cara a mejorar la salud de las personas mayores y evitar ingresos hospitalarios innecesarios.
- Promover el concepto de autocuidado tanto entre las personas profesionales del ámbito sanitario y del ámbito de los servicios sociales, como entre la población mayor.
- Para alcanzar estos objetivos, el Ayuntamiento de Skaevinge procedió a la reorganización de sus departamentos de sanidad y servicios sociales de forma que:
 - El personal sanitario y de servicios sociales que, anteriormente, actuaba de forma independiente, fue agrupado en una única estructura interdisciplinar.
 - La residencia asistida municipal fue reconvertida en el Centro de salud Bauneparken, con una estructura de apartamentos tutelados y un servicio de atención domiciliaria permanente, de carácter sanitario y social, abierto a todos los habitantes del municipio.
 - El personal del Centro recibió una formación continua orientada a desarrollar sus habilidades de trabajo interdisciplinar.
- El Centro Bauneparken presta atención sanitaria y social de una forma integrada a las cerca de 600 personas mayores de la localidad durante las 24 horas del día, independientemente de si residen en el complejo de apartamentos tutelados del Centro o en sus propios domicilios. El Centro provee una amplia gama de servicios que incluyen:
 - Apartamentos tutelados.
 - Centro de día.
 - Centro de día psicogeriátrico (2 centros dirigidos a personas con distintos grados de necesidad).
 - Servicios de atención intermedia (para la prevención de ingresos hospitalarios y para facilitar la permanencia y la atención en el domicilio tras un alta hospitalari).
 - Atención domiciliaria sanitaria (24 horas).
 - Asistencia domiciliaria menajera y personal (24 horas).
 - Servicio de rehabilitación (terapia ocupacional y fisioterapia).
 - Telealarma.
 - Comidas a domicilio.
 - Ayudas técnicas.
 - Adaptación de la vivienda.
 - Odontología.
 - Transporte.
- La provisión de todos los servicios desde un único emplazamiento facilita el acceso a los mismos, al tiempo que favorece una atención centrada en la persona usuaria, mejorando la articulación de las diferentes intervenciones.

Dinamarca

Atención integrada a personas mayores en Skaevinge

Resultados y valoración

- En 1997, el Ayuntamiento de Skaevinge y el Instituto Danés para el Sistema de Salud (DSI) llevaron a cabo una evaluación del proyecto, con el propósito de difundir sus resultados y hacer posible que otros municipios daneses pudieran adoptar el modelo en el futuro. La investigación tanto cualitativa como cuantitativa, analizó el impacto del proyecto en la salud y el bienestar de las personas mayores de Skaevinge, en las prácticas de los profesionales y en el gasto público.
- Se procedió, en el marco de esa evaluación, a una estimación del número de días de hospitalización de las población mayor de Skaevinge durante 1990 y 1994, así como los costes de dicha atención, comparando los resultados con las del resto del condado y con las de los demás municipios daneses, observándose que la media de días de hospitalización había sido considerablemente menor para las personas mayores de Skaevinge.

Media de días de estancia hospitalaria por persona mayor en Skaevinge, en el condado de Frederiksborg y en el resto de Dinamarca

Ámbito geográfico	1990	1994
Skaevinge	2,20	2,07
Provincia	3,63	3,61
Resto de Dinamarca	3,71	3,73

- Debe destacarse, por otra parte, que, en los últimos 10 años, no se ha producido en Skaevinge ninguna demora en las altas hospitalarias, ya que la administración municipal ha tenido la capacidad de prestar la atención necesaria a las personas convalecientes en su propio domicilio, a través del servicio de atención domiciliaria que opera 24 horas al día, o en el servicio de atención intermedia del Centro de Bauneparken.
- En cuanto a los datos económicos disponibles, los resultados indican que, a pesar de que el número de personas mayores ha aumentado significativamente en los últimos veinte años –un incremento cercano al 30%–, los costes del programa han disminuido ligeramente durante el mismo periodo. Esto se debe, en opinión de los analistas, al énfasis que el modelo de atención implementado pone en la prevención.
- A la luz de estos resultados, el modelo experimentado en Skaevinge se ha extendido a todos los municipios daneses.

Finlandia

Atención doméstica integrada en la ciudad de Helsinki

Ámbito geográfico

- Local.

Población destinataria

- Personas mayores.

Intensidad de la relación

- Coordinación horizontal entre servicios sanitarios de atención domiciliaria y servicios sociales de asistencia domiciliaria.

Finlandia

Atención doméstica integrada en la ciudad de Helsinki

Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Micro.
Tipos de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio social de asistencia domiciliaria. • Servicio sanitario de atención domiciliaria.
Instrumentos Métodos Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de caso. • Valoración interdisciplinar y conjunta de necesidades. • Plan interdisciplinar y conjunto de atención individual.
Descripción	<p data-bbox="369 499 548 527">Aspectos básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • La ciudad de Helsinki está dividida en siete grandes áreas y cada una de ellas cuenta con un servicio social de base y con un centro de salud que trabajan conjuntamente en la prestación de atención domiciliaria a las personas mayores que desean permanecer en su domicilio y que precisan de una atención sanitaria diaria y de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. • En cada una de estas zonas, se han organizado equipos interdisciplinarios formados por profesionales de atención domiciliaria de ambos servicios. • Por lo general, las personas mayores acceden al servicio tras una estancia hospitalaria, siendo lo más frecuente que el personal médico y de enfermería encargado de la gestión de las altas hospitalarias (discharge managers) se ponga en contacto con la persona responsable del servicio de atención domiciliaria para planificar la atención. • El servicio se presta a través de un equipo multiprofesional. Cada equipo está formado por entre 6 y 10 profesionales de enfermería y de asistencia domiciliaria personal y doméstica. A cada persona usuaria se le asigna una persona profesional de referencia. <p data-bbox="369 996 611 1024">El proceso de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • El proceso de atención se ajusta a las siguientes fases: <ul style="list-style-type: none"> - Primera visita. La persona responsable del equipo de atención domiciliaria realiza, acompañada de una o un profesional de enfermería, la primera visita al domicilio de la persona mayor, procediendo a una valoración conjunta de las necesidades sanitarias y sociales. En esta primera visita se procura que también estén presentes quienes actúan como cuidadoras o cuidadores informales de la persona mayor. - Elaboración del plan de atención. Se elabora un plan de atención teniendo en cuenta las capacidades de la persona mayor, las enfermedades que presenta y la medicación que precisa. En dicho plan se detalla la naturaleza de los cuidados que precisa la persona, su frecuencia –detallando las tareas que se deben realizar cada día de atención– y el plan de rehabilitación. El plan se debe elaborar en colaboración con la propia persona mayor, quien debe disponer de una copia del mismo. - Designación de una o de un profesional referente. Se asigna a cada persona usuaria una o un profesional de referencia, encargado de visitarle con regularidad y de hacer un seguimiento continuo de sus necesidades y de los cuidados que se le prestan. - Reuniones de equipo y documentación. Los miembros del equipo se reúnen con regularidad para supervisar los casos y mantienen un registro detallado de las tareas realizadas y de la evolución de la persona atendida.

Holanda
Ventanilla única de acceso a los servicios sociales y sanitarios para las personas mayores en Holanda

Ámbito geográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Nacional.
Población destinataria	<ul style="list-style-type: none"> • Personas mayores.
Intensidad de la relación	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación horizontal.
Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Micro.
Tipos de servicios involucrados	<ul style="list-style-type: none"> • Red de servicios sociales. • Red de servicios sanitarios.
Instrumentos Métodos Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Ventanilla única. • Gestión de casos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la mayor parte de los años 90, la atención social y sanitaria en Holanda se caracterizaba por constituir un modelo muy flexible, en el que las directrices generales establecidas por el gobierno dejaban un amplio margen de maniobra a los diferentes proveedores a la hora de organizar los servicios y establecer los criterios de acceso a los mismos. Esto llevaba a una situación de fragmentación, en la que las personas usuarias se veían obligadas a contactar con diferentes proveedores para obtener los servicios que necesitaban y en la que no existían criterios unificados de acceso a los mismos. • A finales de los años 90, se reorientó el sistema hacia un modelo de atención social y sanitaria integrado, basado en la coordinación de los diferentes proveedores de servicios sanitarios y sociales. Esto se instrumentó mediante la puesta en marcha de dos tipos de organizaciones: las Oficinas Regionales de Valoración (RIO) y las Oficinas de Asignación de Cuidados y Derivación (BCAR). • El objetivo de estas organizaciones es ofrecer una atención integrada que combine fundamentalmente atención social y atención sanitaria, pero también diversas actividades orientadas a promover el bienestar de la población. Hasta el momento, el nuevo modelo de atención se aplica sobre todo en el sector de la atención a las personas mayores, aunque es previsible que en el futuro se extienda a la atención de las personas con discapacidad y a otros sectores de la población con necesidades complejas. • El servicio ofrece: <ul style="list-style-type: none"> - Un único punto de acceso a los servicios. - Información sobre los servicios disponibles y las opciones de cuidados más adaptadas a las necesidades de cada persona.

Holanda
Ventanilla única de acceso a los servicios sociales y sanitarios para las personas mayores en Holanda

Descripción

- Las Oficinas Regionales de Valoración (RIO) constituyen el único punto de entrada al sistema y su función es traducir la necesidad expresada por la población en términos de demanda de recursos. La valoración de las necesidades de la persona y su traducción en demanda de servicios corre a cargo de una figura profesional especializada que valora las necesidades atendiendo a siete áreas en las que las personas mayores pueden requerir asistencia: realización de tareas domésticas, actividades básicas de la vida diaria, cuidados de enfermería, asesoramiento sobre ayudas técnicas, tratamiento y alojamiento.
- Los criterios que deben regir el proceso de valoración son los siguientes:
 - La oferta debe adaptarse a la demanda, de modo que la valoración de las necesidades no debe verse condicionada por la oferta disponible.
 - El servicio debe ofrecer una atención integral dando acceso a toda una variedad de servicios sociales y sanitarios: atención doméstica y personal para la realización de las actividades de la vida diaria, cuidados de enfermería, salud mental, servicios para personas con discapacidad, servicios de alojamiento, ayudas técnicas, u otros.
 - La valoración debe realizarse en un plazo máximo de seis semanas.
- Una vez realizada la valoración por parte de la correspondiente Oficina Regional de Valoración, la demanda pasa a la Oficina de Asignación de Cuidados y Valoración, quien se encarga de articular el paquete de servicios de acuerdo con lo propuesto por la RIO y de contratar o concertar los servicios correspondientes.

Resultados y valoración

- Actualmente, el papel, el funcionamiento y el valor añadido que suponen las Oficinas Regionales de Valoración frente al modelo tradicional de atención son cuestionados.
- Una de las críticas más frecuentes es la burocratización del sistema y la consecuente falta de agilidad de los procedimientos de valoración y acceso a los servicios. Se plantea además la necesidad de mejorar la calidad de las valoraciones realizadas, especialmente en lo referente a la articulación de los paquetes de cuidados, considerándose necesaria una mayor diversificación de los dispositivos de atención propuestos.
- Por otra parte, los estudios de evaluación coinciden en señalar que el plazo máximo de seis semanas establecido para llevar a cabo la valoración es excesivo e impide responder con agilidad a las necesidades urgentes de atención.
- Otra crítica frecuente es que el sistema de valoración tiene en cuenta, para determinar el grado de necesidad y el paquete de cuidados correspondiente, la mayor o menor disponibilidad de apoyo informal, considerándose, desde quienes mantienen esa postura crítica, que una valoración real de las necesidades no debería, inicialmente, considerar la atención prestada por las y los cuidadores informales, sino hacerlo, a posteriori, para acordar con estos últimos la intensidad y las condiciones de su participación.
- Por último, se constata que se produce un desfase o desajuste entre los contenidos de las decisiones de valoración adoptadas por las oficinas de valoración y las posibilidades reales de articulación de servicios con las que cuentan las oficinas de asignación de cuidados y derivación, poniendo sobre la mesa la falta de concordancia entre las necesidades reales, las necesidades valoradas, la demanda de servicios y la oferta real.

Irlanda
The ICON (Integrated Care, One Network) project

Ámbito geográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Regional.
Población destinataria	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de la población.
Intensidad de la relación	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación horizontal. • Integración.
Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Meso.
Tipos de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sanitarios de atención primaria. • Servicios sociales comunitarios. • Servicios sanitarios y sociales de atención a la dependencia (cuidados continuados).
Instrumentos Métodos Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Ventanilla única. • Equipos interdisciplinarios de valoración. • Instrumentos comunes de valoración. • Sistemas de información compartidos. • Gestión de caso. • Valoración de necesidades interdisciplinar y conjunta.
Descripción	<p><i>Antecedentes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La autoridad competente en materia de sanidad y servicios sociales en la región central de Irlanda (<i>Midland Health Board</i>) se propuso, en 2002, desarrollar un modelo de atención integrada que superara los problemas de fragmentación, duplicación y solapamiento existentes en la atención a determinados colectivos con necesidades múltiples. • El modelo a desarrollar debía incrementar los niveles existentes de cooperación entre los servicios sanitarios y sociales, integrando las fórmulas de coordinación en una estructura formal que resultase operativa tanto desde el punto de vista de la atención como desde el de la gestión administrativa, y en cuyo diseño y funcionamiento se tuvieran en cuenta tanto la experiencia y las necesidades de las y los profesionales que intervienen directamente en la atención de las personas usuarias, como los ejemplos de buenas prácticas ya desarrollados en el territorio. • Al efecto, se constituyó un comité directivo del proyecto, formado por tres representantes del MHB, y se contrató una consultoría externa para que se encargaran conjuntamente de la planificación y puesta en marcha del proyecto. Se decidió que el proyecto debía estar basado en un modelo participativo, en el que se involucrara a todos los agentes relacionados con la planificación, gestión, prestación y evaluación de los servicios sociales y sanitarios. • El plan de actuación elaborado comprendía cuatro fases: <ul style="list-style-type: none"> - una primera fase dedicada al diseño del modelo de atención integrada; - una segunda fase de testado y mejora del modelo, así como de desarrollo de las diversas herramientas y protocolos para la gestión de la información;

Irlanda

The ICON (Integrated Care, One Network) project

Descripción

- una tercera fase, en la que el modelo sería implementado en 20 equipos pertenecientes a diferentes servicios;
- una cuarta y última fase, de consolidación del proyecto, en la que el modelo de atención integrada propuesto debía ser adoptado por la administración competente en servicios de salud como parte integrante de su modelo de actuación y en sus pautas habituales de trabajo.

1ª fase: Diseño del modelo de atención integrada

- Esta primera fase de diseño se desarrolló entre enero y octubre de 2003. Se inició con un análisis de la literatura internacional sobre atención integrada en busca de modelos y buenas prácticas que fueran aplicables al contexto de la región, y se elaboró un informe que serviría de material de referencia a todas las personas intervinientes (el objetivo era que contaran con una base teórica sólida para las siguientes fases del proyecto).
- El siguiente paso consistió en hacer un diagnóstico de la situación de partida, para lo cual se elaboró un cuestionario en el que se daba a los 63 equipos de profesionales que participaron, la oportunidad de elaborar su propia definición de lo que entendían por atención integrada, de señalar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que presentaba, en su opinión, la aplicación de un modelo de atención integrada, y de informar sobre cualquier experiencia de interés que pudieran conocer.
- El análisis de los cuestionarios cumplimentados puso en evidencia que los puntos fuertes del sistema de cara a la integración de la atención residían en la motivación y en la formación del personal, mientras que sus puntos débiles más destacables eran la carencia de sistemas de información adecuados y de estructuras que apoyaran la coordinación. Se ponía de manifiesto, por tanto, que, pese al reconocimiento de la necesidad de trabajar de forma coordinada y a la existencia de políticas y planes orientados a este fin, las intenciones no se materializaban en estructuras y procesos.
- Sobre la base de esta información, se organizaron una serie de grupos de trabajo y en ellos se invitó a las personas participantes a elaborar su propio modelo de atención integrada y a expresarlo de forma esquemática, identificando sus características distintivas. La puesta en común de las diferentes propuestas culminó en el diseño de un modelo, desde entonces conocido bajo las siglas ICON.
- El modelo elegido presenta las siguientes características:
 - Se basa en los valores de igualdad, dignidad, respeto, confianza y elección.
 - Es un modelo de atención centrado en la persona usuaria.
 - Es capaz de responder a las necesidades con inmediatez.
 - Es accesible.
 - Es flexible.
 - Es transparente.
 - Es evaluable.
- Las y los profesionales que participaron en su diseño definieron los componentes que el modelo de atención elegido debía integrar:
 - Importancia de la prevención. Se considera que la integración debe comenzar antes de que la persona usuaria entre en contacto con el sistema, en el marco de sus funciones de prevención.

Irlanda

The ICON (Integrated Care, One Network) project

Descripción

- Agilidad en el acceso y la derivación. Se consideró necesario desarrollar un catálogo de los servicios disponibles y de los requisitos, y difundirlo ampliamente entre las y los profesionales del área y entre la población. Asimismo, se consideró necesario agilizar los procesos de derivación e incrementar la eficiencia en la transmisión de información entre la entidad o profesional derivante y la entidad o profesional destinataria de la derivación.
- Valoración conjunta. Se consideró imprescindible adoptar medios que evitaran la duplicación de las valoraciones y, al efecto, se optó por la implantación de un sistema unificado de valoración para el conjunto de los servicios.
- Gestión de caso. Se consideró imprescindible que la responsabilidad sobre la atención de cada persona usuaria recayese en una persona profesional de referencia.
- Plan individualizado de atención. Se consideró necesario garantizar la participación en el diseño del plan individualizado de atención de todas las personas profesionales que intervienen en su prestación, así como de la persona usuaria y de sus familiares o personas cuidadoras.
- Revisión continua del plan de atención. Se juzgó imprescindible establecer fórmulas de revisión periódica que garantizaran la adaptación de los planes a la evolución de las necesidades y circunstancias de la persona usuaria.

2ª fase: Testado y puesta a punto

- La segunda fase del proyecto, desarrollada entre octubre de 2003 y mayo de 2004, se centró en la implementación del modelo por parte de dos servicios piloto y en el desarrollo de las estructuras y herramientas necesarias para avanzar en dos de sus componentes fundamentales: la transmisión de la información relativa a las personas usuarias entre los diferentes servicios, y la plataforma tecnológica que debería dar soporte a dicho sistema de información.
- El equipo responsable del programa seleccionó dos servicios –un servicio de atención temprana para niños de entre 0 y 6 años en el municipio de Mullingar, y un equipo de atención primaria en Portarlinton– para testar la validez del modelo. En cada uno de ellos, las personas profesionales designaron las áreas que consideraban de actuación preferente en términos de integración. Las áreas designadas fueron las siguientes:
 - la evaluación de las necesidades de las personas usuarias;
 - los procedimientos de derivación;
 - la transmisión de información relativa a las personas usuarias entre miembros del servicio y entre servicios;
 - la posibilidad de establecer un único historial o expediente de referencia;
 - el trabajo en equipo.

El esfuerzo realizado en los servicios de Mullingar y Portarlinton se materializó en una serie de protocolos y de herramientas que facilitarán la aplicación del modelo en los demás servicios de la región.

- Por lo que se refiere a los mecanismos para compartir la información relativa a las personas usuarias entre los diferentes servicios, se ha elaborado un documento marco en el que se especifican:
 - los criterios generales que deben regir el flujo de información entre los servicios;
 - las directrices para la elaboración de protocolos específicos de transmisión de la información;

Irlanda

The ICON (Integrated Care, One Network) project

Descripción

- los procedimientos para obtener y documentar el consentimiento de las personas usuarias;
- las responsabilidades de los servicios en relación con la información compartida;
- las medidas de seguridad que deben aplicarse para asegurar la confidencialidad de los datos.

Al mismo tiempo, se han desarrollado protocolos específicos para los diferentes servicios y un mapa de las trayectorias individuales de las personas usuarias dentro del sistema, que ha servido para identificar las conexiones/solapamientos con otros servicios, y clarificar las posibles rutas de derivación.

- Finalmente, durante esta fase también se ha trabajado en definir las especificaciones técnicas que deberá cumplir el sistema informático que sirva de soporte a la transmisión de datos. Para ello, se analizaron las necesidades de información de las y los profesionales, se trabajó sobre los distintos módulos que el sistema de información tendría que integrar, y se probaron diferentes aplicaciones que podrían responder a las necesidades clínicas y administrativas de los servicios.
- Como resultado de este trabajo, el equipo consultor elaboró un documento técnico en el que se establecían los módulos de información –datos personales, datos relativos a la valoración de necesidades, datos sobre las rutas de acceso y derivación, datos sobre el plan individual de atención– y el tipo de información a recoger en cada uno de ellos, proponiendo la implantación de una aplicación informática susceptible de responder a las necesidades de las y los profesionales.

3ª fase: Implementación

- La tercera fase del proyecto, desarrollada entre noviembre de 2004 y junio de 2005, se centró en la extensión del programa a otros 18 servicios de diversa naturaleza, lo que sirvió para validar el modelo de cara a su aplicación en diferentes contextos.
- Se programaron una serie de reuniones mensuales con las personas responsables de los servicios seleccionados con el fin de ofrecerles el asesoramiento técnico necesario para implementar los cambios que fueran precisos tanto en la organización como en las dinámicas de trabajo. Estas reuniones también debían servir para crear vínculos entre los diferentes servicios, de forma que se dieran a conocer unos a otros y se valoraran las oportunidades de trabajo conjunto. Se establecieron así las bases para la creación de una red de servicios de nivel regional.
- Durante esta tercera fase se desarrolló, asimismo, un aplicativo que permite medir el grado de integración conseguido por un determinado servicio y ofrece propuestas de mejora.

4ª fase: Consolidación del proyecto

- Una cuarta fase, de consolidación del proyecto, estaba prevista para el periodo comprendido entre septiembre de 2005 y diciembre de 2006. En esta última fase se pretendía extender el modelo integrado a 40-45 servicios transfiriendo la responsabilidad del proyecto desde su comisión directiva a la administración, con el fin de que ésta lo incorporara definitivamente a su modelo de actuación y a sus pautas habituales de trabajo.
- No obstante, el proceso de reestructuración de los servicios sociales y de salud, lanzado a nivel estatal, en 2005 ha retrasado la definitiva consolidación del proyecto.

Irlanda

The ICON (Integrated Care, One Network) project

Resultados y valoración

- El proyecto ICON constituye una experiencia única en el campo de la atención sociosanitaria, por la amplia gama de servicios y de colectivos a los que se extiende. El objetivo del modelo propuesto es integrar todos los servicios de atención primaria, los servicios sociales comunitarios, y los servicios sanitarios y sociales de atención a la dependencia para todos los colectivos con necesidades sociosanitarias de larga duración (este objetivo se ve en parte facilitado por el hecho de que las competencias de sanidad y servicios sociales se integran en un mismo departamento ministerial).
- Su singularidad también estriba en el hecho de que ha abordado la construcción de su espacio sociosanitario, no ya por la vía de crear nuevos recursos, sino por la optimización de los existentes, mediante la promoción de los cambios necesarios en la cultura y las formas de trabajo. Las y los técnicos responsables de ICON han trabajado con el personal de los distintos servicios involucrados ofreciéndoles el apoyo y los recursos necesarios para llevar a cabo el proceso de cambio hacia una forma de organización y de trabajo centrada en la persona usuaria y en el abordaje integral de sus necesidades.
- Por último, el proyecto se distingue por su carácter inclusivo, habiendo contado con la participación activa de profesionales y agentes intervinientes en la prestación de servicios sanitarios y sociales, así como de las propias personas usuarias, lo que crea un sentido de pertenencia y un mayor compromiso con el proyecto.
- A pesar de que no se ha llevado a cabo una evaluación formal del proyecto, los diferentes servicios implicados en las distintas fases del programa han avanzado significativamente en su puesta en práctica y los cambios observados, tanto en la forma de entender su trabajo como en la manera de implementarlo, han influido positivamente en la atención que reciben las personas usuarias.

Reino Unido

Ealing Intermediate Care Services

Ámbito geográfico

- Local.

Población destinataria

- Personas con patologías susceptibles de justificar un ingreso hospitalario.
- Personas con un grado de dependencia susceptible de ingresar en servicio residencial asistido.

Intensidad de la relación

- Coordinación vertical, entre servicios hospitalarios, servicios de rehabilitación y atención domiciliaria sanitaria.
- Coordinación horizontal, entre servicios hospitalarios y centros residenciales, y entre los servicios domiciliarios sociales y sanitarios.

Nivel

- Meso.

Tipos de servicios

- Servicios sanitarios de atención domiciliaria.
- Servicios sociales de asistencia domiciliaria.
- Servicios de rehabilitación.
- Hospitales.
- Servicios sociales residenciales.
- Organizaciones de voluntariado.

Reino Unido
Ealing Intermediate Care Services

Instrumentos
Métodos
Estrategias

- Cofinanciación.
- Equipo interdisciplinar.
- Instrumentos comunes de valoración.
- Formación interdisciplinar.
- Valoración de necesidades interdisciplinar y conjunta.

Descripción

Aspectos generales

- La denominada “atención intermedia” (*intermediate care*) se ha desarrollado en el Reino Unido para promover una recuperación más rápida de las personas enfermas, prevenir admisiones innecesarias en los centros hospitalarios de agudos, facilitar las altas hospitalarias mediante la articulación de servicios de transición y maximizar la autonomía de las personas usuarias. Aunque básicamente integrados en el sistema de salud, los servicios de atención intermedia mantienen una estrecha relación con los servicios sociales comunitarios, en la medida en que su objetivo es precisamente sustituir el mayor número posible de estancias hospitalarias por la utilización de servicios sociosanitarios de base comunitaria (*community health and social care services*) y en la medida también en que se pretende con ellos, prevenir y evitar ingresos hospitalarios y residenciales precoces o incluso innecesarios.
- En los documentos estratégicos oficiales, los servicios de atención intermedia presentan las siguientes características definitorias:
 - Están dirigidos a personas que, en ausencia de este tipo de servicios, permanecerían ingresadas en estructuras hospitalarias o ingresarían en servicios residenciales de larga estancia.
 - Se articulan a partir de una evaluación individual de necesidades y de un plan individual de atención.
 - Están orientados a promover la independencia y facilitar el mayor grado posible de autonomía en el entorno habitual de las personas usuarias.
 - Tienen carácter temporal (por lo general, periodos inferiores a seis semanas y, a menudo, limitados a una o dos semanas).
 - Se basan la coordinación entre diversos servicios sociales y sanitarios, fundamentalmente por la vía del trabajo en red.
- El Servicio de atención Intermedia de Ealing (localidad situada en el área urbana de Londres, de cerca de 315.000 habitantes) se puso en marcha en 1997, tras el buen resultado obtenido por unos proyectos piloto implementados para hacer frente a la sobrecarga que sufrían los servicios sanitarios y sociales de la localidad durante los meses de invierno. En efecto, a pesar de que la población mayor de esta localidad se mantenía relativamente estable, se estaba produciendo un constante incremento de admisiones de personas mayores en las salas de urgencias de los hospitales durante los meses de invierno. Por otra parte, la demanda de servicios residenciales aumentaba constantemente, hasta el punto de que, en marzo de 1997, más de 60 personas permanecían hospitalizadas a la espera de una plaza residencial. El descontento era general: los servicios sociales no podían responder a la demanda y la presión sobre los hospitales se estaba volviendo intolerable.
- En ese contexto, se consideró necesario encontrar una salida conjunta a la situación y esa salida fue la puesta en marcha, durante el invierno 1997-1998, de un Equipo Comunitario de Evaluación (*Community Assessment Team*), encargado de realizar la valoración en casos de emergencia y de prestar atención domiciliaria urgente (en un plazo inferior a 24 horas).

Reino Unido
Ealing Intermediate Care Services

Descripción

- En los años siguientes, la oferta de servicios se amplió de tal modo que se tuvo que crear, en el marco hospitalario, un departamento responsable de la coordinación de la atención intermedia.

Este departamento, liderado por un médico que forma parte tanto de la Junta Directiva del Hospital como del Departamento Municipal de Servicios Sociales de Ealing, ha integrado y racionalizado el sistema de recursos intermedios ofertados desde el sector hospitalario, la atención primaria, los servicios sociales y las organizaciones del tercer sector. Actualmente este sistema incluye diferentes tipos de servicio:

- Servicio de prevención de admisiones hospitalarias: principalmente dirigido a personas mayores, su objetivo es prevenir las admisiones hospitalarias, mediante un paquete de servicios comunitarios que integran servicios sociales y de rehabilitación. Las y los pacientes pueden ser derivados a esos servicios tanto desde los centros de atención primaria, como desde el propio hospital, especialmente desde el servicio de urgencias. El servicio atiende a una media de 45 a 65 personas de forma simultánea.
- Rehabilitación tras el alta hospitalaria: su objetivo es promover la autonomía de la persona usuaria, reduciendo así la demanda futura de servicios sociales de atención a la dependencia. Se proporciona un paquete intensivo de atención domiciliaria y rehabilitación en el domicilio a pacientes médicamente estables lo que permite su alta hospitalaria en plazos más breves. El servicio tiene una duración máxima de seis semanas.
- Monitorización o seguimiento tras el alta hospitalaria: este servicio ofrece apoyo a personas mayores que pueden presentar dificultades de adaptación tras el alta hospitalaria, mediante un seguimiento telefónico de su situación. El seguimiento y monitorización corre a cargo de personal de enfermería que, en caso de detectar algún problema, solicitan una valoración a domicilio y activan un paquete de atención domiciliaria.
- Alta gradual: los servicios ofrecen la posibilidad de dar el alta hospitalaria a pacientes que no necesitan cuidados médicos intensos y que están esperando una plaza residencial de larga estancia, mediante la provisión de camas destinadas a los cuidados de convalecencia.
- Estancias temporales en centros residenciales: su objetivo es prevenir las admisiones innecesarias en el hospital, proporcionando cuidados y rehabilitación en un centro residencial por un periodo de tiempo limitado.
- Apoyo tras el alta hospitalaria: Se trata de un servicio orientado a facilitar la vuelta al domicilio de personas mayores tras su hospitalización. El servicio ofrece asistencia domiciliaria durante un periodo limitado de tiempo, normalmente un mes, hasta la total recuperación de las personas usuarias.
- Servicio de prevención de caídas consistente en la realización, en el domicilio de la persona usuaria, de una valoración de los elementos que pudieran conllevar un riesgo de caída y en la realización de las pequeñas reparaciones y adaptaciones necesarias para eliminar dicho riesgo.
- Servicio de monitorización telefónica semanal, destinado a personas mayores frágiles.
- Desde su consolidación en 1998, el servicio de atención intermedia cuenta con un equipo interdisciplinar que se encarga de la valoración de las personas usuarias y de la asignación de los recursos adecuados a cada caso. Este equipo se compone de médicos, personal de enfermería, personal de trabajo social, terapia ocupacional, fisioterapia y rehabilitación, además de contar, con la colaboración de organizaciones de iniciativa social.

Reino Unido
Ealing Intermediate Care Services

Descripción	<ul style="list-style-type: none"> • La formación continua del personal es una de las principales preocupaciones del equipo directivo del servicio. Se ha contado con apoyo de profesionales externos de consultoría para reforzar la cohesión del equipo y asegurarse de que existen cauces claros de comunicación y buenas relaciones laborales dentro de él. Complementariamente, se ha desarrollado un programa de formación interdisciplinar cuya finalidad es ofrecer a las y los distintos profesionales conocimientos básicos referidos al resto de las disciplinas que intervienen en el servicio, con el fin de facilitar el trabajo en equipo pero, también, con el objetivo de que cualquier miembro del equipo pueda realizar una valoración inicial integral del paciente, cualquiera que sea su profesión.
Resultados y valoración	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos recogidos desde su puesta en marcha indican que el servicio de atención intermedia de Ealing ha tenido un impacto favorable en la atención de las necesidades sociosanitarias de los habitantes del municipio (las estimaciones realizadas sugieren que, de no haberse puesto en marcha el servicio de atención intermedia, el hospital de Ealing hubiese necesitado 48 camas más para atender las necesidades de la población). • Las claves del éxito del programa residen en: <ul style="list-style-type: none"> - Su carácter multisectorial. Desde el inicio ha sido una iniciativa impulsada conjuntamente por el hospital, el centro de atención primaria y los servicios sociales. - La persona responsable de la dirección del programa forma parte tanto de la Junta Directiva del Hospital, como del Departamento Municipal de Servicios Sociales. - La cofinanciación del programa por la administración sanitaria y por la administración municipal, competente en servicios sociales.

Reino Unido
Southampton Behaviour Resource Service (BRS)

Ámbito geográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Local.
Población destinataria	<ul style="list-style-type: none"> • Niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual o enfermedad mental y graves problemas de conducta.
Intensidad de la relación	<ul style="list-style-type: none"> • Integración de servicios de protección a la infancia, salud mental y educación.
Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Meso.
Tipos de servicios involucrados	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sociales de atención a la infancia. • Servicios de salud mental. • Servicios de pediatría. • Servicios educativos.

Reino Unido
Southampton Behaviour Resource Service (BRS)

Instrumentos
Métodos
Estrategias

- Co-emplazamiento de servicios.
- Equipo interdisciplinar.
- Formación interdisciplinar.
- Gestión de caso.
- Valoración de necesidades interdisciplinar y conjunta.

Descripción

Aspectos básicos

- El *Behaviour Resource Service (BRS)* de Southampton se puso en marcha en enero de 2000 a iniciativa de los Departamentos de Educación y de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Southampton y el Servicio Nacional de Salud (NHS), gracias a una subvención otorgada por el Departamento de Sanidad para financiar iniciativas novedosas en el campo de la salud mental de niños, niñas y adolescentes.
- El servicio ofrece una atención integrada, de carácter interdisciplinar, sanitaria, social y educativa, a niños, niñas y adolescentes de entre 5 y 18 años, que presentan graves trastornos emocionales y de conducta que constituyen un riesgo para su adecuado desarrollo personal, social y educativo.
- Los objetivos del programa son:
 - Mejorar la salud de los niños, niñas y adolescentes atendidos.
 - Mejorar su asistencia a los centros educativos y reducir la tasa de personas menores de edad no escolarizadas.
 - Reducir el número de niños, niñas y adolescentes atendidos por los servicios de protección que, debido a sus problemas de conducta, pasan por más de dos familias de acogida (debido a la claudicación de éstas).
 - Reducir el número de derivaciones a recursos de acogimiento residencial de protección o a centros de tratamiento situados fuera del área de residencia del niño, niña o adolescente.
 - Reducir el número de derivaciones a hospitales psiquiátricos.
 - Reducir el recurso a servicios de internamiento en régimen cerrado.
- El servicio incorpora:
 - Una unidad residencial de corta estancia de cuatro camas destinado a adolescentes de entre 13 y 18 años que no pueden permanecer en su entorno sociofamiliar habitual y requiere una separación temporal de su familia o un ingreso temporal tras la claudicación de su familia de acogida. Una de las cuatro camas de la unidad residencial está reservada a situaciones de urgencia.
 - Un equipo de apoyo comunitario ("*community outreach service*") orientado a prestar apoyo a las familias, incluidas las familias de acogida, al objeto de prevenir el ingreso de los niños, niñas y adolescentes en recursos de acogimiento residencial o en unidades psiquiátricas. El equipo comunitario también se encarga del seguimiento de las personas menores de edad tras su salida de la unidad residencial de corta estancia del BRS.
 - Un equipo de apoyo a niños, niñas y adolescentes tutelados por la administración que, o bien no cumplen los criterios de admisión al servicio, o han sido dados de alta y vuelven al recurso residencial en el que están acogidos, o a la familia de acogida con la que viven habitualmente.

Reino Unido

Southampton Behaviour Resource Service (BRS)

Descripción

Población destinataria

- El BRS está diseñado para ofrecer atención intensiva a adolescentes con enfermedad mental o discapacidad intelectual y graves problemas de conducta. El servicio atiende a unos 60 niños, niñas y adolescentes al año y, aunque aproximadamente la mitad se encuentran bajo la tutela de la administración, el servicio no está específicamente dirigido al colectivo de personas menores en situación de desprotección.
- Todas las derivaciones al servicio son valoradas en función de la complejidad y severidad de las necesidades que presenta el niño, niña o adolescente, quedando condicionadas a la aprobación unánime de todas las instituciones implicadas, a saber, la administración sanitaria desde sus servicios de salud mental, el departamento de servicios sociales y la administración educativa.
- Los criterios que deben cumplir los niños, niñas y adolescentes para ser atendidos en el BRS son los siguientes:
 - Presentar graves problemas de conducta relacionadas con enfermedades mentales o deficiencias intelectuales.
 - Encontrarse en riesgo de verse excluidos de los servicios de educación ordinaria o especial a causa de sus problemas de conducta.
 - Constituir un grave riesgo para sí mismos o para otras personas.
 - Existir riesgo de ruptura con la familia de origen o de acogida.

El equipo del BRS

- El equipo de profesionales de la unidad residencial está compuesto por 12 personas diplomadas en enfermería y especializadas en salud mental o discapacidad intelectual, y otras 12 diplomadas en trabajo social y especializadas en atención a la infancia. La unidad cuenta así con dotación de personal suficiente para ofrecer atención individualizada las 24 horas del día. El centro no ofrece actividades educativas (estas son provistas en el ámbito escolar, en el marco de un programa de integración escolar con apoyo).
- El equipo comunitario de apoyo atiende a niños, niñas y adolescentes de entre 5 y 18 años y está formado por 1 responsable de la dirección y por un conjunto de profesionales de las siguientes disciplinas: 1 en psiquiatría; 3 en psicología; 1 en terapia familiar; 1 en trabajo social; 1 en educación social; así como por 2 profesionales de apoyo rabajadores de apoyo, además de contar con 1 pediatra con una dedicación de un día por semana.
- El equipo especializado que atiende a los niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo la tutela de la Administración cuenta personal especializado en psicología clínica (1 profesional) y trabajo social (1 profesional a media jornada) así como con la colaboración de algunas personas profesionales que intervienen en función de las necesidades del equipo. Su principal misión es ofrecer apoyo y tratamiento a los niños, niñas y adolescentes tutelados cuando existe riesgo de ruptura con el recurso de acogimiento residencial en el que viven o las familias de acogida, de modo que, además de ofrecer terapia individual a los y las menores, se trabaja en estrecha colaboración con las familias de acogida, y los servicios de acogimiento familiar y residencial.
- El equipo comunitario y la unidad residencial del BRS están ubicados en el mismo emplazamiento que los servicios sociales de acogimiento familiar y el centro de primera acogida, lo que facilita el contacto y la colaboración entre las y los profesionales de los servicios de infancia y el equipo del BRS.

Reino Unido
Southampton Behaviour Resource Service (BRS)

Descripción

La gestión del servicio

- La gestión del servicio es asumida por el departamento municipal de servicios sociales, con la supervisión de un comité directivo en el que están representadas las tres instituciones implicadas –administraciones competentes en salud mental, servicios sociales y educación–, así como el equipo directivo y clínico del BRS. Este comité y, concretamente, las tres instituciones en él representadas tienen la responsabilidad de proveer todos los recursos necesarios para cubrir las necesidades de las personas usuarias y resolver cualquier problema que pueda surgir en el trabajo interdisciplinar. Para ello, el equipo del BRS recoge sistemáticamente información acerca de los déficits que puedan existir en términos de recursos, y los obstáculos o dificultades detectados en materia de coordinación entre los diferentes servicios.
- La unidad residencial y el equipo comunitario del BRS están liderados por una persona responsable de la dirección, que depende directamente del Departamento de Servicios Sociales. Todos los miembros del equipo dependen funcionalmente de esa dirección, aunque sigan dependiendo orgánicamente de sus entidades de origen.

El modelo de trabajo

- Son funciones del BRS la valoración de las necesidades de los niños, niñas y adolescentes, la realización de intervenciones terapéuticas y la coordinación de las redes de atención formal e informal. El servicio ofrece paquetes individuales de atención, adaptados a las necesidades de las personas menores de edad y de sus familias (de origen o de acogida), en los que se prevé la intervención coordinada del propio servicio con los de las demás entidades que participan en la atención.
- La derivación a este servicio sólo es posible en aquellos casos en los que ha habido una intervención previa de todas las entidades que participan en él –servicios sociales, salud mental y educación–; sobre esta base, se considera que la responsabilidad de la atención debe ser compartida entre el servicio BRS y todos aquellos que atendían a la persona menor de edad antes de su derivación al mismo y que, con toda probabilidad, deberán seguir interviniendo tras su paso por el BRS.
- Una vez que se acordado la derivación al servicio, se designa a una persona responsable de la coordinación del caso y profesionales de referencia en cada una de las áreas (salud mental, servicios sociales y servicios educativos):
 - El primer paso consiste en convocar una reunión de planificación con las personas profesionales responsables de la atención en cada una de las áreas (salud mental, servicios sociales y educación) para consensuar objetivos y asignar responsabilidades y funciones.
 - En un plazo máximo de seis semanas, el equipo de BRS realiza una valoración integral de la situación y de las necesidades del niño, niña o adolescente y de su familia, ya sea su familia de origen o de acogida, en términos de salud física y mental y de necesidades sociales y educativas.
 - Realizada la valoración, se convoca una reunión en la que estarán representados, por un lado, el equipo del servicios BRS, por otro, los servicios sociales, de salud y educativos que tengan que intervenir en la atención del caso y, por otro, la persona menor de edad y su familia o, en su caso, la persona responsable del servicio residencial del que provenga. En el marco de esta reunión, se acuerda el plan individualizado de atención estableciendo objetivos y responsabilidades concretas. Estas reuniones pueden llevarse a cabo en el domicilio del niño, niña o adolescente, en su centro educativo o, en su caso, en el servicio de acogimiento residencial en el que viva.
 - Posteriormente, se celebran reuniones de seguimiento del plan de atención con una periodicidad de seis a ocho semanas, aunque pueden convocarse reuniones extraordinarias siempre que se observen cambios que requieran la introducción de modificaciones en el plan de atención.

Reino Unido
Southampton Behaviour Resource Service (BRS)

Resultados y valoración	<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados de la evaluación llevada a cabo por el Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Southampton son positivas y apuntan a que esta fórmula ha tenido buenos resultados en términos de prestación de una atención integrada a niños, niñas y adolescentes con múltiples necesidades sociosanitarias. Las valoraciones de las personas usuarias y sus familiares han resultado muy positivas con respecto al carácter multiprofesional del servicio, la intensidad de la atención prestada y la calidad de la comunicación con los y las profesionales. • El servicio ha tenido un impacto positivo en la conducta de los niños, niñas y adolescentes atendidos, especialmente en términos de reducción de episodios de conductas antisociales o agresivas. También se han obtenido buenos resultados en términos de reducción del absentismo escolar y, en el caso de personas menores de edad tuteladas por la administración, en la continuidad de los acogimientos familiares.
-------------------------	---

Reino Unido - Escocia
Glasgow Community Addiction Teams

Ámbito geográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Regional.
Población destinataria	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con problemas de drogodependencias.
Intensidad de la relación	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación horizontal entre servicios sanitarios y sociales. • Coordinación vertical entre servicios de atención primaria, servicios sanitarios especializados y servicios especializados en drogodependencias.
Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Meso.
Tipos de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sanitarios de atención primaria (en particular, médicos de familia). • Servicios sanitarios especializados (principalmente, unidades de enfermedades infecciosas, servicios de salud mental, servicios de cuidados paliativos para personas enfermas de sida). • Servicios especializados de drogodependencias (incluidos programas de tratamiento ambulatorio y residencial). • Servicios sociales comunitarios (programas de inserción laboral, servicios sociales de atención a la infancia).
Instrumentos Métodos Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Co-emplazamiento de los servicios. • Ventanilla única. • Sistemas de intercambio de información. • Instrumento común de valoración integral.

Reino Unido - Escocia
Glasgow Community Addiction Teams

Descripción

Aspectos básicos

- La constatación de que las personas con problemas de drogodependencia presentan, habitualmente, dificultades en muchas otras áreas de su vida, ha llevado al Gobierno Escocés, a través de la denominada Effective Interventions Unit, a desarrollar una red integrada de servicios para estas personas mediante la prestación coordinada de servicios de salud, servicios sociales, vivienda, de inserción laboral, y de prestaciones económicas, susceptibles de contribuir a su rehabilitación y a la mejora de sus relaciones con el entorno sociofamiliar inmediato. La consecución de este objetivo se encuentra en distintas fases en las diferentes zonas geográficas del territorio escocés: en algunas están en las fases iniciales de debate, en otras se encuentran en fase de planificación y en otras se ha superado ya la fase de implantación.
- Glasgow ha sido una de las primeras ciudades en desarrollar un modelo de atención integrada de esta naturaleza. Durante 2001 y 2002, el Consejo Regional del Servicio Nacional de Salud para Glasgow (Greater Glasgow NHS Board) y el Departamento Municipal de Servicios Sociales debatieron y acordaron la creación de nuevas estructuras que pudiesen ofrecer una respuesta coordinada a las necesidades mixtas de las personas con problemas de drogodependencias.
- Con este propósito, dos Equipos Comunitarios de Drogodependencias fueron introducidos de forma experimental en el este y nordeste de la ciudad en 2003, integrados por profesionales de trabajo social dependientes de los servicios sociales municipales y profesionales de enfermería especializados en drogodependencias del Servicio Nacional de Salud.
- Los objetivos de los Equipos Comunitarios de Drogodependencias son los siguientes:
 - Funcionar como único punto de acceso a los servicios especializados de drogodependencias.
 - Agilizar las derivaciones a estos servicios.
 - Mejorar la calidad de la atención, evitando que la compartimentación de las organizaciones y de los servicios dificulten el acceso a la atención más idónea.
 - Asegurarse de que las personas con necesidades urgentes reciben la atención necesaria en el plazo más breve.
 - Asegurarse de que se hace el mejor uso posible de los servicios especializados.
- Las personas con problemas de drogodependencias pueden acceder directamente a los Equipos Comunitarios de Drogodependencias, bien concertando previamente una cita por teléfono, bien personándose en los locales habilitados al efecto. También pueden ser derivadas al servicio por su médico de familia u otros profesionales de la red de atención primaria. Una vez establecido el contacto, los miembros del Equipo realizan una valoración conjunta de las necesidades sanitarias y sociales de la persona, diseñan un plan de tratamiento e intervención social, y ofrecen acompañamiento a la persona y a su familia durante todo el proceso.
- La gama de servicios que una persona con problemas de drogodependencias puede precisar es muy amplia, desde los muy específicos –programas de desintoxicación, de mantenimiento con metadona, etc.– y tratamiento sanitario para diversas enfermedades –VIH, hepatitis, etc.–, hasta servicios de salud mental, programas de capacitación laboral o apoyo de los servicios sociales de infancia en los casos de personas con menores a su cargo. La función de los equipos comunitarios de drogodependencias es coordinar el trabajo de todos estos agentes.

Reino Unido - Escocia
Glasgow Community Addiction Teams

Resultados y valoración

- En julio de 2003, el Gobierno Escocés, el Comité Regional del Servicio Nacional de Salud en Glasgow y el Ayuntamiento de la ciudad encargaron una evaluación de los equipos comunitarios de drogodependencias de Glasgow durante su primer año de implantación, al objeto de detectar los aspectos susceptibles de mejora en los equipos experimentales antes de extender el modelo a otros distritos de la ciudad.
- Los resultados de la evaluación indican que la coordinación entre servicios mejoró notablemente tras la introducción de los equipos, especialmente en los casos en los que se establecieron cauces formales de colaboración entre éstos y los servicios sociales y sanitarios. En los casos en los que la colaboración se basaba en acuerdos informales entre profesionales los resultados fueron menos notables.
- El acceso a los servicios también mejoró notablemente gracias al modelo de ventanilla única, especialmente una vez abierta la posibilidad de acceso directo para las personas usuarias. Este sistema fue valorado muy positivamente por las y los profesionales de atención primaria y las y los trabajadores sociales del Ayuntamiento.
- Finalmente, el co-emplazamiento de profesionales del área de la salud y de los servicios sociales –en este caso concreto, en un centro perteneciente a los servicios sociales municipales– mejoró sensiblemente la comunicación y la transmisión de información. La elaboración de un formulario de consentimiento para que, en caso necesario, el Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento y el Servicio de Salud pudieran compartir información sobre las personas usuarias también fue valorada muy positivamente por los profesionales, a pesar de que la incompatibilidad de los sistemas de información entorpeciera significativamente el intercambio de datos.
- Actualmente, el modelo testado en el este y nordeste de Glasgow se aplica en toda la ciudad, a través de nueve equipos comunitarios de drogodependencias.

Reino Unido - Escocia
South Lanarkshire Integrated Children's Services Plan 2005-2008

Ámbito geográfico

- Comarcal.

Población destinataria

- Personas menores de edad en situación de riesgo y desprotección.
- Personas menores de edad con necesidades educativas especiales.
- Personas menores de edad con problemas de salud.
- Personas menores de edad sin hogar.
- Personas infractoras menores de edad.
- Personas menores de edad afectadas por el consumo de drogas de sus padres.
- Personas menores de edad en riesgo de fracaso escolar.

Intensidad de la relación

- Coordinación horizontal.

Nivel

- Macro.

Reino Unido - Escocia

South Lanarkshire Integrated Children's Services Plan 2005-2008

Tipos de servicios

- Servicios sociales.
- Servicios sanitarios.
- Servicios educativos.
- Servicios de vivienda.
- Servicios policiales.
- Servicios judiciales.
- Servicios de protección a la infancia y la adolescencia.

Instrumentos
Métodos
Estrategias

- Planificación conjunta intersectorial.
- Sistemas de información compartida.
- Equipo interdisciplinar.
- Formación interdisciplinar.

Descripción

Aspectos básicos

- South Lanarkshire es una región situada en la zona central de Escocia y agrupa a 49 entidades locales en un único municipio. El Ayuntamiento de South Lanarkshire tiene competencias en materia de servicios sociales, educación y vivienda, mientras que las competencias sobre los servicios sanitarios recaen en el Servicio Nacional de Salud de la región de Glasgow (*NHS Greater Glasgow*). La población de South Lanarkshire ronda los 307.000 habitantes, de los que cerca de 65.000 son menores de 16 años.
- El bienestar de estos niños, niñas y adolescentes en términos de salud, nutrición, protección, educación, inclusión social y promoción son uno de los objetivos prioritarios, y han sido objeto de una serie de planes dirigidos a mejorar la atención que se les ofrece desde los distintos sistemas de protección social. El último de estos planes – *Integrated Children's Services Plan 2005-2008*– pone un especial énfasis en la integración de la atención a través de la planificación y provisión conjunta de servicios sociales, sanitarios y educativos.
- En su elaboración han participado:
 - El Ayuntamiento de South Lanarkshire.
 - El Servicio de Salud de la Región de Glasgow.
 - La Policía de Strathclyde.
 - Servicios de protección a la infancia y la adolescencia.
 - Entidades de iniciativa social.
- El Plan en su totalidad constituye un ejemplo de integración, por cuanto que supone la planificación conjunta de los objetivos que se pretenden lograr para el elenco de servicios –sociales, sanitarios, educativos, etc.– dirigidos a las personas menores de edad. No obstante, dado que uno de los apartados del plan se centra específicamente en la integración de servicios, a continuación se describen los objetivos y las actuaciones previstas en relación a este punto.

Objetivos estratégicos en relación a la integración de servicios*1. Equipo Impulsor del Plan.*

- Un apoyo decidido a la integración de los servicios destinados a niños, niñas y adolescentes, a través de todas las organizaciones implicadas en la elaboración del plan parece imprescindible para conseguir la materialización de los objetivos planteados en el mismo. Este trabajo recaerá en el denominado “equipo impulsor del plan”.

Reino Unido - Escocia
South Lanarkshire Integrated Children's Services Plan 2005-2008

Descripción

- Las funciones de este equipo serán:
 - Crear y desarrollar sistemas y procesos que permitan una mejor atención a niños, niñas y adolescentes.
 - Implicar a las diferentes organizaciones intervinientes para que adopten un enfoque integrador en la planificación.
 - Facilitar el cambio cultural respecto al trabajo en equipo en los servicios dirigidos a la infancia.
 - Apoyar los ejemplos de buenas prácticas y descartar aquellos modelos de trabajo que se consideren inadecuados.
 - Asegurarse de que los objetivos de las organizaciones se cumplen desde un abordaje conjunto.
- 2. Sistema de Valoración Integrada.*
- Se pretende crear una herramienta de valoración para el conjunto de servicios de South Lanarkshire.
 - Desarrollar una herramienta de valoración que, a través de diferentes módulos pueda ser utilizada por todas las organizaciones implicadas en la atención de personas menores en South Lanarkshire.
 - Esta herramienta facilitará una valoración integral de las necesidades de las personas menores y facilitará el diseño de un plan de atención conjunto en el que estén implicadas todas las organizaciones pertinentes.
 - La herramienta será implementada en todas las organizaciones participantes para el año 2008. Al mismo tiempo se procurará desarrollar:
 - Un programa de formación en la utilización de esta herramienta para el conjunto de profesionales intervinientes en la atención a las personas menores en South Lanarkshire.
 - Un módulo que permita obtener estadísticas sobre la utilización de servicios.
 - Una guía dirigida a las y los profesionales sobre las estructuras existentes para facilitar el diseño de los paquetes de atención y la provisión integrada de servicios.
- 3. Presupuestos conjuntos.*
- Se considera necesario avanzar en la obtención de una fuente permanente de financiación para apoyar la integración de servicios, en particular, articulando la vía de los presupuestos conjuntos (pooled budgets).
- 4. Formación interdisciplinar.*
- Se opta por organizar un grupo de trabajo sobre formación interdisciplinar dotado de un presupuesto de 250.000 libras, para la realización de las siguientes actuaciones:
 - Experiencias de intercambio de puestos de trabajo.
 - Un programa de formación sobre atención integrada dirigido a las personas responsables de la dirección de los diferentes servicios, con el objetivo de consensuar una visión común de lo que significa, en la práctica, integrar los servicios destinados a personas menores de edad.
 - Una red formada por las personas responsables de la formación de las y los profesionales de las diferentes organizaciones para analizar la correspondencia entre las iniciativas de formación de cada una de ellas y desarrollar iniciativas conjuntas.
- 5. Sistema de Información Compartida.*
- En los últimos años se ha desarrollado un proyecto en línea "eCare Project" mediante el cual se difunde, entre las organizaciones participantes, un mensaje electrónico identificativo de los niños, niñas y adolescentes que cuentan con un expediente de protección. Su finalidad es múltiple:

Reino Unido - Escocia

South Lanarkshire Integrated Children's Services Plan 2005-2008

Descripción	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a los y las menores en riesgo tan pronto como sea posible. - Reducir el número de entrevistas a las que se somete a los niños y niñas atendidos por el sistema de protección. - Reducir el riesgo de que las y los profesionales que intervienen en la atención de personas menores no dispongan de la información necesaria para garantizar una adecuada atención. - Reducir el riesgo de duplicación del trabajo. <ul style="list-style-type: none"> • El Plan prevé además desarrollar una fase piloto para probar y evaluar el proyecto y la calidad de la información compartida y, en su caso, extenderlo a otros colectivos de personas menores de edad con necesidades complejas de atención o en situación de vulnerabilidad. <p>6. <i>Planificación conjunta de la plantilla que se ocupa de la atención a las personas menores.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se considera necesario proceder a un diagnóstico sobre la situación de las plantillas del conjunto de las organizaciones que intervienen en la atención a niños, niñas y adolescentes al efecto de guiar la planificación futura y el dimensionamiento de dichas plantillas teniendo en cuenta la necesaria multidisciplinariedad. <p>7. <i>Evaluación conjunta y mejora de la calidad.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El Plan prevé la creación de un Sistema de Evaluación que, basado en un conjunto de indicadores consensuados, permitirá mejorar los resultados y la calidad de los servicios desde una perspectiva integrada.
-------------	--

3.2. EXPERIENCIAS EN NORTEAMÉRICA

Si bien las diferencias esenciales existentes entre el modelo europeo de bienestar y el modelo norteamericano –en especial, el estadounidense– determinan que, en los análisis comparativos internacionales, no sea frecuente referirse a sus propuestas, en materia de atención sociosanitaria la referencia es ineludible, principalmente, porque de ahí llegan, tanto de Estados Unidos como de Canadá, las modalidades más estructuradas y afianzadas de lo que a lo largo de este informe se ha denominado plena integración, en particular, en el nivel de la organización y de la prestación de servicios –niveles meso y micro– y, en particular también, en el ámbito de la atención de las personas mayores dependientes. Se trata, por otra parte, de programas que han sido objeto de una rigurosa evaluación y seguimiento, y que han arrojado resultados positivos en términos de continuidad de la atención y de eficiencia en la utilización de los recursos.

Canadá - Québec

Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie (SIPA)

Ámbito geográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Local.
Población destinataria	<ul style="list-style-type: none"> • Personas mayores con dependencia funcional.

Canadá - Québec

Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie (SIPA)

Intensidad de la relación	<ul style="list-style-type: none"> • Integración.
Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Meso.
Tipos de servicios involucrados	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sanitarios de atención primaria. • Servicios sanitarios especializados. • Servicios sociales comunitarios. • Servicios sociales residenciales.
Instrumentos Métodos Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Financiación capitativa. • Co-emplazamiento de servicios. • Equipo interdisciplinar. • Instrumento común de valoración. • Gestión de caso.
Descripción	<p>Antecedentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • El programa <i>Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en Perte d'Autonomie</i> (SIPA) nace en 1998 como respuesta a las necesidades de atención de las personas mayores con dependencia funcional. La complejidad de los cuidados que precisan puso en evidencia las carencias de los sistemas de atención sanitaria y social: la fragmentación en la atención, cuya responsabilidad no recae en una sola institución o centro, sino en múltiples organismos, conduce a una duplicación de esfuerzos y frecuentemente a un uso excesivo de recursos costosos, de carácter hospitalario o residencial, en ausencia de servicios adecuados en el contexto comunitario. • Con el objetivo de responder adecuadamente a las necesidades de este colectivo con múltiples necesidades sanitarias y sociales, un grupo de investigadores de las universidades de Montreal y McGill elaboró, entre 1995 y 1997, un modelo de servicios integrados para personas mayores dependientes conocido con las siglas SIPA. Las características más importantes del modelo SIPA son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer un servicio de proximidad, de base comunitaria. Uno de los objetivos más importantes del programa consiste en evitar el recurso a los servicios residenciales en aquellos casos en los que una atención comunitaria de alta intensidad permita a la persona mayor permanecer en su domicilio. Para conseguirlo, el SIPA se propone quintuplicar el gasto en servicios de atención domiciliaria sanitaria y de ayuda a domicilio, personal y doméstica, combinándolos con los recursos diurnos adecuados (centro de día, hospital de día, centro de rehabilitación, etc.) y un servicio permanente y flexible para atender situaciones de emergencia. - Ofrecer una gama completa de servicios sociales y sanitarios, comunitarios y residenciales. Estos servicios no son necesariamente ofertados desde el propio programa, sino que se concertan o contratan con centros externos. - Centralizar la atención de forma que la responsabilidad clínica de todos los servicios recaiga en el programa, independientemente de que éstos se presten desde centros integrados en el programa o desde centros externos concertados. - Aplicar la técnica de gestión de caso para asegurar la continuidad de la atención y su adecuación a las necesidades individuales de la persona usuaria. - Implantar un sistema de seguimiento continuo de la calidad de la atención y de la gestión de los servicios, que permita su mejor adecuación a las necesidades de las personas usuarias y sus familias.

Canadá - Québec

Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie (SIPA)

Descripción

- Garantizar el carácter interdisciplinar en la valoración de necesidades, en el seguimiento, en la gestión y en la prestación del servicio.
- Movilizar los recursos de manera rápida y flexible.
- Desarrollar la prevención, la detección y la intervención precoz.
- Establecer un modelo de financiación capitativa consistente, como en el caso del modelo PACE, en fijar una cuantía mensual por cada una de las personas participantes en el programa, atendiendo a su grado de necesidad, que sería financiado por la Administración pública, y, en contrapartida, la entidad prestadora ofrecería a estas personas un continuo de servicios.
- Ser compatible con el sistema público de salud.
- En 1998, la Administración Regional de Sanidad y Servicios Sociales de Montreal-Centro (*Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montreal-Centre*) se propuso ponerlo en marcha con carácter experimental con el fin de evaluar la viabilidad, la eficacia y la eficiencia del modelo propuesto y, en su caso, sentar las bases para generalizar sus elementos positivos. Se optó por un modelo experimental con asignación aleatoria de los 1.230 participantes a un grupo experimental, que recibiría la atención integrada SIPA, y a un grupo de control, que recibiría la atención convencional.
- La Administración Regional y Servicios Sociales de Montreal-Centro y el equipo investigador contaron con un presupuesto de 7,6 millones de dólares para la puesta en marcha y la evaluación del proyecto, que se desarrolló en tres fases:
 - una primera fase de puesta en marcha, con una duración prevista de cuatro meses y un presupuesto de 327.329 dólares;
 - una segunda fase de implantación, con una duración de ocho meses y 1.671.452 dólares de presupuesto;
 - una tercera fase de experimentación y consolidación del modelo, que contaba con más de 4 millones de dólares, para intensificar los servicios comunitarios y asegurar su validez y eficacia desde una perspectiva clínica.
- Las fases de puesta en marcha e implantación del proyecto tuvieron una duración superior a la prevista de forma que se prolongaron entre septiembre de 1998 y junio de 1999. El consejo de administración de la Administración Regional de Sanidad y Servicios Sociales de Montreal-Centro designó dos Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC) para experimentar con el modelo SIPA. A partir de su elección, se realizaron las siguientes actividades con vistas a su implantación:
 - Un análisis de las necesidades de información, de recursos humanos, de financiación y de recursos materiales de los centros seleccionados.
 - Un análisis de los recursos comunitarios adicionales necesarios para evitar la residencialización de las personas mayores en los casos en los que resultara pertinente.
 - La puesta en marcha de los centros seleccionados (local, equipamientos, etc.).
 - La contratación de las personas responsables de la gestión del programa, y del personal clínico y administrativo necesario. Cada centro SIPA contó con el siguiente personal: 2-3 responsables, 2-3 administrativos, cerca de 15 profesionales de diversas disciplinas (enfermería, trabajo social, ergoterapia, fisioterapia, nutrición) y entre 14 y 35 profesionales de asistencia domiciliaria.
 - La selección de 1.260 personas mayores y sus cuidadores informales para participar en el programa.

Canadá - Québec

Systeme de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie (SIPA)

Descripción

- La definición de los protocolos de intervención interdisciplinaria y de los procesos de prestación de servicios.
 - La formación del personal.
 - La implantación de dispositivos de seguimiento clínico y administrativo. Se elaboró un cuadro de seguimiento de los pacientes para controlar los procesos administrativos y los servicios recibidos por cada persona usuaria. También se desarrolló una herramienta de seguimiento y discusión de casos y de los procesos de gestión de situaciones críticas (visita a centros de emergencias, hospitalización, residencialización, etc.).
 - La puesta en marcha de un comité regional y dos comités locales de seguimiento, de un comité para la concertación de plazas en los diferentes centros colaboradores y de grupos de trabajo en el ámbito específico (comisión de residencias asistidas, comité de crisis, etc.).
 - El establecimiento de acuerdos entre los centros asociados al proyecto y otros agentes de intervención como los médicos de familia de las personas admitidas en el programa, los centros hospitalarios, los centros de día, los servicios policiales, los organismos comunitarios, los servicios residenciales, etc.
 - La puesta en marcha de un mecanismo de intervención rápida que funcionara los 7 días de la semana y las 24 horas del día.
 - La incorporación gradual de las personas usuarias asignadas al programa y la puesta en marcha de los servicios necesarios para cubrir sus necesidades.
 - La identificación gradual de las y los médicos que atienden a estas personas y las gestiones necesarias para establecer acuerdos formales de colaboración con los mismos.
- La selección de las personas mayores que podrían participar en el programa –personas mayores de 65 años con dependencia funcional que residían en la comunidad– se basó en el SMAF (*Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle*), un instrumento ampliamente utilizado en la región de Montreal para la valoración de las personas usuarias con necesidades múltiples. El SMAF evalúa cinco ámbitos: las actividades de la vida diaria (AVD), las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), la incontinencia, la movilidad física, la comunicación y las funciones mentales. La capacidad de cada persona en estos cinco ámbitos se valora en una escala de 0 a -80, siendo los valores inferiores indicativos de mayor grado de dependencia. Para asegurar la participación de personas con una gama amplia de necesidades que se pudieran beneficiar de una respuesta coordinada como la que ofrece SIPA, la línea de corte para participar en el proyecto se estableció en un valor de -10 en el SMAF (la dependencia funcional se suele considerar clínicamente significativa a partir de valores de -5).
 - Una vez implantado y en pleno funcionamiento, el programa se prolongó durante un año, hasta mayo de 2000. Durante ese periodo, los equipos SIPA, se encargaron de evaluar las condiciones de salud y las necesidades sociales de las personas usuarias, de preparar los planes individuales de atención, hacer el seguimiento de la atención, organizar la prestación de los servicios, repartir los recursos, y intervenir con el personal de los centros y servicios para asegurar su eficacia, eficiencia y aceptabilidad.
 - Las funciones de gestión de caso generalmente recayeron sobre las y los trabajadores sociales (entre 35-45 casos por profesional), además de las funciones propias de su profesión.
 - La evaluación del programa mediante un diseño experimental permite establecer la comparación entre la atención ofrecida en su marco y el tipo de atención habitualmente prestada a las personas mayores dependientes en Montreal.

Canadá - Québec

Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie (SIPA)

Resultados y valoración

- Durante la fase de evaluación se ha analizado la validez y la viabilidad del modelo clínico y de gestión propuesto, y se ha evaluado su impacto sobre la calidad de la atención, la salud y el bienestar de las personas mayores, así como sobre la utilización de los servicios y los costes implicados.

Resultados sobre la implantación y la organización del modelo

- La mayoría de los componentes del modelo teórico propuesto pudieron ser implementados con éxito, aunque las limitaciones asociadas a su carácter experimental impidieron la puesta en funcionamiento del modelo de financiación capitativa. Cada uno de los centros SIPA contó con un presupuesto cerrado para desarrollar los servicios comunitarios y las soluciones residenciales comunitarias necesarias para conseguir los objetivos del programa, pero no se hicieron cargo del coste de los servicios hospitalarios y residenciales utilizados. No obstante, se recogió información sobre el coste de todos los servicios utilizados por las personas participantes en el programa, con el fin de poder calcular el coste que un modelo real de financiación capitativa.
- Se alcanzó un buen nivel de comprensión del modelo por parte de las personas profesionales que intervinieron en su implantación. Los aspectos más valorados por parte de los responsables de SIPA y de los centros asociados fueron: los acuerdos interinstitucionales alcanzados, el seguimiento riguroso de las personas usuarias, la gestión de caso, la mayor disponibilidad y flexibilidad de medios para actuar, y la importancia otorgada a la prevención.
- La incorporación de las personas usuarias al proyecto fue una de los aspectos más problemáticos de la implantación. Aunque la mayoría de las personas participantes habían estado previamente en contacto con los servicios de atención domiciliaria, fueron necesarias cerca de 10.000 horas de trabajo para seleccionarlas e incorporarlas al programa. La lentitud de proceso evidenció las deficiencias y disfunciones del sistema de información de los servicios de asistencia domiciliaria sobre las personas a las que atienden.
- En cuanto a la organización de los servicios, los datos indican que la intensificación de los servicios domiciliarios fue inferior a la prevista. En el momento de la elaboración del plan de implantación del proyecto, la media anual del gasto por servicios domiciliarios destinados a personas mayores se situaba en torno a 1.080 dólares por persona usuaria. Si bien el presupuesto del proyecto preveía quintuplicar este gasto, el gasto efectuado no fue más que 1,5 veces superior, debido principalmente a que el incremento de servicios domiciliarios no siempre se orientó a una sustitución de recursos, tal y como se pretendía desde el modelo SIPA.
- La coordinación entre los centros SIPA y los centros colaboradores resultó satisfactoria gracias a los acuerdos alcanzados con anterioridad a la puesta en marcha del proyecto. La clarificación de las responsabilidades y funciones de la persona responsable de la gestión de caso, resultó de vital importancia para el correcto funcionamiento del modelo. Los avances realizados en la coordinación con los servicios de urgencias de los hospitales y los servicios de urgencias sociales fueron asimismo de gran importancia en la resolución de las situaciones críticas que se presentaron.
- La relación con los centros hospitalarios fue más dificultosa, debido, principalmente, a la ausencia dentro de éstos de una persona responsable de los casos admitidos en el programa SIPA, lo que dificultó la transmisión de información y la comunicación con los médicos.
- La coordinación con las y los médicos de familia también resultó dificultosa, debido, fundamentalmente, a su elevado número. Las 650 personas mayores pertenecientes al grupo experimental SIPA eran atendidas por 250 profesionales distintos, lo que entorpeció enormemente las tareas de gestión de casos.

Canadá - Québec

Systeme de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie (SIPA)

Resultados y valoración

Resultados sobre la calidad de la atención

- La percepción de las personas usuarias y de sus cuidadoras y cuidadores acerca de la calidad del servicio fue más positiva entre quienes habían participado en el programa que entre quienes formaron parte del grupo de control.
- La proporción de personas mayores frágiles que permanecieran en su domicilio resultó mayor entre quienes fueron atendidas en el modelo SIPA.

Resultados sobre la utilización de los servicios

La participación en el programa modificó los patrones de utilización de los servicios sociales y de salud:

- La utilización de servicios comunitarios tanto sanitarios como sociales aumentó entre quienes participaron en el programa.
- La frecuencia de la utilización de los servicios de emergencia resultó similar en ambos grupos, si bien la duración de las estancias en urgencias disminuyó notablemente y el número de personas que volvían a su domicilio tras una emergencia resultó mayor en el grupo experimental.
- La proporción de personas a la espera de una plaza residencial en centros hospitalarios de corta estancia disminuyó para el grupo de personas que participaron en el programa.
- Las estancias en centros residenciales tendieron a disminuir para las personas atendidas en el modelo SIPA.

Resultados sobre el coste de los servicios

- El coste medio por persona atendida fue de 19.707 dólares para el grupo de control y de 20.711 dólares para el grupo experimental.

El mayor coste de las personas atendidas en el modelo experimental se correspondía con un gasto mayor en servicios comunitarios, que no se vio enteramente compensado por la disminución del gasto en servicios residenciales.

- Los gastos asociados a las hospitalizaciones de corta estancia, a las visitas médicas y al coste farmacológico resultaron similares en ambos grupos.

Estados Unidos

Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

Ámbito geográfico

- Estatal.

Población destinataria

- Personas mayores de 55 años que reúnen los criterios de acceso a una residencia asistida.

Intensidad de la relación

- Integración.

Nivel

- Meso.

Estados Unidos

Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

Tipos de servicios involucrados	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sanitarios de atención primaria. • Servicios sanitarios especializados (incluidos los hospitales de agudos y de larga estancia). • Servicios sociales comunitarios. • Servicios sociales residenciales.
Instrumentos Métodos Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de financiación capitativa. • Co-emplazamiento de servicios. • Ventanilla única. • Equipo interdisciplinar. • Gestión de caso.
Descripción	<p>Aspectos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> • El modelo <i>All-Inclusive Care for the Elderly</i> (PACE) tiene por objetivo ofrecer a las personas mayores frágiles una atención de calidad que integre los servicios sanitarios y sociales y permita su permanencia en su entorno sociofamiliar habitual, ajustándose a criterios de eficiencia (coste/eficacia) en la prestación de la atención. • En sus más de diez años de implantación, el modelo ha mostrado su eficacia en términos de reducción de la fragmentación en la atención prestada a este colectivo, de satisfacción de las personas usuarias y de sus cuidadores y de reducción del gasto público. <p>Antecedentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • El primer programa en poner en práctica el modelo PACE, <i>On Lok</i>, fue desarrollado en 1971 por una agencia del mismo nombre, en el Barrio Chino de San Francisco. El programa se basaba en el concepto británico del hospital de día y en la consideración de que las personas mayores frágiles podrían evitar su ingreso en el ámbito residencial si se les ofrecían servicios sanitarios y sociales en el marco comunitario. Durante sus primeros años de experimentación, <i>On Lok</i> demostró que aplicando el modelo PACE, el coste de la atención a las personas mayores se reducía en un 15%. • En 1983, <i>On Lok</i> suscribió un acuerdo con el gobierno federal para poner a prueba un nuevo sistema de financiación de los cuidados de larga duración. El acuerdo suponía pasar de un sistema de pago por servicio, en el que el gobierno federal y los estados –a través de los programas Medicare y Medicaid– financiaban a sus proveedores por cada acto de servicio, a una forma de financiación capitativa que consistía en fijar una cuantía mensual previamente determinada por cada una de las personas participantes en el programa, atendiendo para su determinación al grado de necesidad, que sería financiado por la Administración pública, y, en contrapartida, <i>On Lok</i> ofrecería a estas personas un continuo de servicios –incluidas la atención hospitalaria y residencial–. Podría así obtener beneficios cuando consiguiera organizar la atención con menos recursos de los aportados por la administración o, por el contrario, sufrir pérdidas en los casos en los que el continuo de atención superara la cuantía financiada por la administración. • Durante la década de los años 90, el modelo PACE iniciado por <i>On Lok</i> fue implantado de forma experimental en otros 10 estados, y en 1997, se convirtió, a nivel federal, en una fórmula permanente en el marco del programa Medicare, quedando en manos de los estados la posibilidad de recurrir al mismo sistema en el marco del programa Medicaid. Se estima que con este sistema el gobierno federal reduce hasta en un 5% el coste del programa Medicare, y que los estados reducen hasta en un 15% el coste del programa Medicaid.

Estados Unidos
Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

Descripción

- Actualmente el modelo PACE funciona en 16 estados, articulado a través de 36 programas que atienden a cerca de 17.000 personas mayores.

Población atendida

- Pueden acceder al programa todas las personas mayores de 55 años que vivan en el área geográfica de cobertura del programa y que hayan obtenido, de la administración pública competente, una valoración que autoriza su ingreso en una residencia asistida. La media de edad de las personas atendidas en 1998 era de 80 años, siendo la tercera parte de ellas mayores de 85 años. En la mayoría de los casos, las personas atendidas necesitan ayuda en al menos tres tipos de actividades de la vida diaria, sufren una media de 7,8 enfermedades crónicas y prácticamente siete de cada diez tienen sus facultades mentales disminuidas a causa del Alzheimer o sufren trastornos depresivos.

Características de la atención

- Aunque en su mayoría las personas usuarias de los programas permanecen en su entorno social habitual, es decir son atendidas en el contexto comunitario, todas ellas presentan un cuadro complejo de necesidades sanitarias y sociales, de forma que el programa debe integrar toda una gama de servicios sanitarios y sociales:
 - Servicios sanitarios de atención primaria.
 - Servicios sanitarios de atención diurna: hospital de día y cirugía ambulatoria.
 - Servicios sanitarios especializados y hospitalarios.
 - Servicios sociales residenciales de media y larga estancia.
 - Servicios de rehabilitación.
 - Servicios sociales de atención diurna: centro de día.
 - Servicios sanitarios de atención domiciliaria.
 - Servicios sociales de asistencia domiciliaria.
- Dada la diversidad de servicios, la gestión del programa requiere una coordinación eficaz entre diversas disciplinas clínicas y sociales, además de un seguimiento continuo de las personas usuarias. Para lograrlo se opta por articular la atención en torno a un centro de día en el que se ofrecen la mayoría de los servicios ambulatorios (tanto sanitarios como sociales), y en el que un equipo interdisciplinar realiza la valoración de las necesidades, gestiona los recursos y hace un seguimiento continuo de la atención prestada a las personas usuarias (este seguimiento se extiende asimismo a las personas que se encuentran en hospitales o residencias asistidas).
- Cada centro de día atiende a unas 120 personas y permanece abierto entre 5 y 7 días a la semana. Todos los programas cuentan además con, al menos, un centro abierto durante los fines de semana. Los equipos interdisciplinarios suelen estar formados por profesionales de las siguientes disciplinas: medicina general, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, fisioterapia, nutrición, trabajo domiciliario, animación sociocultural y transporte.

La atención de entre 120 a 150 personas usuarias requiere entre 60 y 80 trabajadores a tiempo completo, como se detalla en la siguiente tabla.

Estados Unidos
Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

Descripción

**Composición típica de un centro de día para adultos de un programa PACE
(120 a 150 personas usuarias)**

Categoría de personal	Nº de trabajadores a DPE
<i>Centro de día</i>	
Director	1
Administrativo (repcionista)	1
Trabajadores sociales	3
Nutricionistas	0,75
Fisioterapeutas	0,5
Terapeutas ocupacionales	1,5
Auxiliares de rehabilitación	2
Cuidadores	13
Animadores socioculturales	3
<i>Hospital de día</i>	
Médicos	1
Practicantes	1
DUE	3
ATS	1
<i>Departamento de atención domiciliaria</i>	
DUE	1,5
Trabajadores domiciliarios	19-26
<i>Departamento de transporte</i>	
Director	1
Coordinador	1
Administrativos	2,5
Médico	0,25
Conductores	4
Auxiliares de transporte	3

- La gestión de casos recae en el equipo interdisciplinar.
- Además de la valoración y el seguimiento de las personas usuarias, el equipo PACE gestiona el acceso a todos los servicios incluidos en el programa, tanto los que se prestan en los centros de día, como los servicios externos, hospitalarios, residenciales, etc., funcionando como una ventanilla única de acceso a toda la gama de servicios de larga duración.

Resultados y valoración

- El modelo PACE ha sido evaluado desde diversas perspectivas y los resultados de dichas evaluaciones indican que la atención prestada es adecuada en términos de coste/eficacia, de mejora del estado de salud y del nivel de bienestar de las personas usuarias:
 - En primer lugar, si bien el programa atiende a una población similar, en términos de necesidades, a la que habitualmente se encuentra ingresada en residencias asistidas, sólo el 7% de las personas participantes en el programa hacen uso de recursos residenciales, alcanzando así uno de sus principales objetivos, a saber, mantener a las personas mayores con dependencia funcional en sus domicilios el mayor tiempo posible.
 - Por otra parte, el número de hospitalizaciones y el tiempo medio de estancia en centros hospitalarios resulta significativamente menor para las personas que reciben atención en un programa adscrito a PACE, en comparación con el resto de las personas atendidas por *Medicare*, lo que indica que, en general, gozan de un mejor estado de salud, como resultado de la continuidad en la atención y la mayor intensidad de los servicios comunitarios que reciben.

Estados Unidos
Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

Resultados y valoración

Estos resultados se ven confirmados por los resultados obtenidos por las personas participantes en los programas adscritos a PACE en términos de percepción del propio estado de salud y de calidad de vida, en una encuesta llevada a cabo a nivel nacional.

- Estos resultados positivos resultan además más evidentes en personas con un mayor grado de dependencia, siendo las personas con un mayor número de limitaciones para las actividades de la vida diaria las que experimentaron mayores reducciones en el número de hospitalizaciones y en el tiempo medio de estancia en residencias asistidas. Las diferencias entre las personas atendidas por PACE y el resto de las personas mayores beneficiarias de *Medicare* en la propia percepción del estado de salud y de la calidad de vida también resultaron más evidentes en los grupos de personas con mayor grado de dependencia.

Estos resultados parecen indicar que la forma de financiación capitativa utilizada en el marco de PACE no conduce, necesariamente, como podría temerse, a una selección de las personas usuarias en función de su nivel de necesidad y, por lo tanto, a una exclusión del programa de las personas con necesidades más complejas, con el fin de reducir el coste generado para el programa.

- Desde el punto de vista económico, por último, las evaluaciones realizadas sugieren que la integración de los servicios y la financiación capitativa pueden reducir los costes de la atención. Un estudio, llevado a cabo en 1998 como parte de la evaluación del programa estimó que el coste del programa PACE durante los primeros seis meses de atención resultaba un 38% inferior al que hubiera sido necesario si las personas participantes hubieran sido atendidas en el marco de las fórmulas convencionales de atención aplicadas en el marco de *Medicare*, lo que suponía un ahorro de 5,6 millones de dólares. Durante los seis siguientes meses de atención las diferencias no fueron tan impactantes, aunque se mantuvieron por encima del 15%, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla. Comparación de los costes de Medicare en la modalidad de pago por servicio y de prepago por capitación en PACE (en dólares)

Periodo	Coste estimado de la atención en la modalidad de pago por servicio	Coste de los programas PACE (prepago por capitación)	Diferencia	% del impacto de PACE en los costes de Medicare
Meses 1-6	14,93 mill.	9,23 mill.	5,69 mill.	-38%
Meses 7-12	7,82 mill.	6,60 mill.	1,22 mill.	-15,6%

Fte: White, A.J. *The Effect of Pace on Costs to Medicare: A Comparison of Medicare Capitation Rates to Projected Costs in the Absence of PACE. Final Report.* Baltimore: Health Care Financing Administration, 1998.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como se ha indicado en el capítulo introductorio, las conclusiones y recomendaciones que cierran este informe, en coherencia con la naturaleza de sus contenidos y con su particular finalidad de facilitar una aproximación a una realidad difusa como es la atención sociosanitaria, presentan un enfoque global, que únicamente pretende orientar sobre algunas directrices de actuación susceptibles de contribuir a mejorar la intervención de las administraciones públicas en la construcción del espacio sociosanitario.

A. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON EL MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

1. Una interpretación amplia y flexible del modelo de coordinación

El análisis de la literatura especializada y, en particular, los estudios comparados indican que la mayoría de los países, si no su totalidad, adoptan modelos mixtos de relación entre los servicios sociales y los servicios de salud. Es decir, que, incluso cuando se acogen, explícitamente, a un determinado modelo, ya sea el de coordinación, ya el de integración, su estructuración organizativa y, desde luego, su implementación práctica reflejan una combinación de estrategias de colaboración que determinan la mayor o menor intensidad de la relación en los diferentes ámbitos operativos: en el nivel estratégico (regulación, distribución competencial, planificación, financiación), en el nivel de organización de los servicios y en el nivel de intervención. Los grados de intensidad, en todos estos niveles, pueden variar desde la simple vinculación hasta la plena integración, pasando por la coordinación, observándose una clara y natural tendencia de los sistemas a incrementar el número de estrategias e instrumentos aplicados y a orientar su articulación hacia una estrecha coordinación e incluso hacia fórmulas de integración, cuando tienen que responder a necesidades complejas y de naturaleza mixta –sociosanitaria– que requieren cuidados de larga duración.

Esta combinación de fórmulas favorece una mayor flexibilidad de los sistemas y, en consecuencia, su mayor adaptabilidad a la diversidad de las necesidades y a su carácter cambiante. **Desde esta perspectiva, y partiendo del posicionamiento expreso del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la CAPV en un modelo de coordinación que apuesta por un espacio sociosanitario resultante de la más eficiente articulación de la red sanitaria y de la red social, conviene**

adoptar una interpretación no restrictiva de esta formulación y ahondar en la reflexión estratégica de construcción del espacio sociosanitario. El propio Plan parece apuntar hacia una visión amplia y flexible cuando indica que las dos redes actuales funcionarán *“coordinadamente bajo el principio de integración funcional de ambas en su aportación a la atención sociosanitaria”*. Esa amplitud garantizaría su mejor adaptabilidad a una realidad compleja y variada, cuya atención sólo será posible mediante la instrumentación de una gama flexible de servicios y prestaciones.

2. Consolidación del espacio sociosanitario

Existen diversas vías susceptibles de conducir progresivamente a la creación y consolidación de un espacio de atención sociosanitaria:

- En un extremo, se situarían los modelos que construyen ese espacio desde el nivel macro o nivel estratégico, es decir, desde ámbitos superiores en los que se deciden aspectos tan definitorios de un modelo como son la distribución competencial, la planificación o la financiación; desde esta perspectiva, determinados factores estructurales, presiones y restricciones propias de este nivel impactan sobre niveles inferiores, es decir, sobre la organización de los servicios y sobre su prestación, condicionando fuertemente el grado de coordinación de la atención a la que finalmente accede la persona usuaria.
- En el otro extremo, se situarían los modelos que, partiendo de un enfoque centrado en la persona, defienden que son las necesidades de ésta las que deben determinar en qué niveles operativos debe procederse al establecimiento de una relación de coordinación (o incluso de integración), con respecto a qué tipos de servicios y mediante la utilización de qué instrumentos; desde esta perspectiva, lo que ocurre en el nivel micro (de atención a la persona) condiciona lo que puede ocurrir en los niveles meso y macro, es decir en los niveles de la organización de servicios y en los niveles estratégicos.

La primera opción presenta el riesgo de centrar todos los esfuerzos en la resolución de cuestiones políticas, competenciales y financieras, y de relegar a un segundo plano la articulación real, sobre el terreno, de una atención sociosanitaria imprescindible para responder a las nuevas demandas sociales; la segunda, presenta el riesgo contrario, la de dispersarse en la puesta en marcha de iniciativas y experiencias concretas que, tarde o temprano, chocan frontalmente con los obstáculos y dificultades derivados de las diferencias estructurales y de financiación de ambos sectores. La solución, por lo tanto, debe tratar de combinar, de alguna manera, esas dos vías para avanzar progresivamente y simultáneamente hacia la consolidación de ese espacio.

En el caso de la CAPV, los datos disponibles sobre la evolución de los servicios, el estudio de la documentación y las opiniones expresadas por el grupo de expertos y expertas consultados para este informe parecen apuntar a que el desarrollo de la atención sociosanitaria en nuestro ámbito está obedeciendo, en líneas generales, al primer modelo, en la medida en que los avances más notables y, sin duda, apreciables, se centran en la creación de estructuras y cauces de coordinación entre administraciones públicas, observándose un esfuerzo muy limitado en la puesta en marcha de proyectos

e iniciativas concretas de trabajo coordinado, interdisciplinar, y de servicios y programas de naturaleza sociosanitaria.

Es imprescindible acelerar el ritmo de todos los avances en todos los niveles:

- **las estructuras de coordinación tienen que alcanzar un funcionamiento más dinámico y efectivo, y garantizar una mejor difusión de sus avances al conjunto de entidades y profesionales que trabajan en el ámbito de la intervención social y/o sanitaria; ese mayor grado de eficacia y dinamismo podría requerir, probablemente, dotarles de mayor autonomía y de un presupuesto propio, destinable a la investigación, al estudio comparativo y a la participación en la puesta en marcha de experiencias piloto;**
- **deben arbitrarse nuevas fórmulas en el ámbito de la organización de servicios;**
- **debe fomentarse el trabajo interdisciplinar orientado a la valoración conjunta de necesidades y al diseño de paquetes de cuidados sociales y sanitarios bien articulados.**

3. Delimitaciones geográficas

Una dificultad de peso en la articulación de un sistema bien coordinado de atención sociosanitaria viene dada por las diferentes divisiones o demarcaciones geográficas aplicadas en la planificación y en la actuación administrativa de ambos sectores. Una mayor coincidencia en la zonificación permitiría que los dos tipos de servicios fueran prestados a un mismo grupo de población, aunque intervinieran en dicha prestación entidades enmarcadas en diferentes sistemas de protección.

Desde esta perspectiva, se estima que el proceso actual de elaboración de la Ley de Servicios Sociales y, en un futuro próximo, de sus desarrollos normativos –en particular del Plan Estratégico de Servicios Sociales, en el que se incluirá el Mapa de Servicios Sociales– podría considerarse una oportunidad clave para que ambos sectores reconsideren su sectorización y adopten las medidas oportunas para acercar sus opciones.

4. Dotaciones económicas específicas

Con frecuencia, las fórmulas de atención sociosanitaria basadas en la coordinación, tanto cuando se aplican al nivel estratégico, como cuando se aplican a la organización y a la prestación de servicios, parten de una premisa que, a tenor de la literatura científica, es errónea, a saber, la de considerar que la articulación de esa atención no tendrá un coste específico, sino que resultará de una mejor combinación y utilización de los recursos de ambas redes. En otros términos, corren el riesgo de creer que se alcanzará la coordinación a “coste cero”, basándose para ello en el hecho de que esa opción no conlleva –contrariamente a las fórmulas de integración o a las de creación de una tercera red, sociosanitaria, independiente de sus dos sectores de origen– modificaciones estructurales sustanciales.

A tal respecto, los analistas de estos sistemas son unánimes: las fórmulas –cualquiera que sea su naturaleza– que se orienten a reforzar y estrechar, de forma efectiva, las

relaciones entre los dos sectores de atención, con la doble finalidad de garantizar a la persona usuaria una atención personalizada, bien adaptada a las necesidades individuales y ajustada al principio de continuidad de la atención, y de maximizar la eficiencia de los sistemas, requieren, ineludiblemente, de dotaciones económicas específicas, no ya destinadas a la creación de nuevos servicios, programas o estructuras –lo cual, no genera dudas–, sino a las propias funciones de coordinación y ello en términos de dotación de personal, de formación especializada en trabajo interdisciplinar, de diseño de instrumentos de coordinación (protocolos e itinerarios de atención), de diseño de instrumentos de información compatibles que hagan posible el intercambio de datos o, en el extremo, de instrumentos comunes de información, instrumentos comunes de valoración, por mencionar sólo algunos.

Es necesario, por lo tanto, actuar en dos vertientes:

- **Por un lado, deben ajustarse las previsiones de coste de la atención sociosanitaria teniendo presentes estas variables y la dimensión que las mismas debe adquirir si realmente se desea que el espacio sociosanitario se afiance y desarrolle todo su potencial de atención a las personas con necesidades complejas y mixtas.**
- **Por otro, y sin perjuicio de lo anterior, debe hacerse el mejor y más racional uso de los medios ya disponibles e intensificarse los esfuerzos orientados a una mejor coordinación con dichos medios.**

5. Uso flexible de las dotaciones económicas

La necesidad de estructurar una atención sociosanitaria centrada en la persona, que tenga en cuenta sus complejas necesidades mixtas y sus circunstancias personales y sociofamiliares, exige que pueda procederse a una combinación flexible de servicios y prestaciones que garantice, en cada caso, la articulación de la secuencia de cuidados mejor adaptada a dichas particularidades. Todo apunta, en la literatura especializada y en las experiencias internacionales, a que esa combinación flexible de servicios y prestaciones puede verse facilitada si va acompañada de un uso flexible de las vías de financiación. Desde esta perspectiva, se aboga por la introducción en la normativa reguladora de los servicios de salud y de los servicios sociales, de elementos que permitan flexibilizar la atención. En particular –y en países que, al igual que la CAPV, adoptan como marco principal de su atención sociosanitaria un modelo de coordinación–, se promueve la posibilidad de que las administraciones públicas competentes en ambas materias aporten recursos económicos a un fondo común, pudiendo utilizarse los mismos para la prestación de un servicio o de un conjunto de servicios destinados a un determinado grupo de población. La ventaja de esta fórmula es que elimina las barreras entre la atención sanitaria y la atención social y abre las puertas a la innovación en el uso de los fondos destinados a nuevos servicios, sin que resulte necesario determinar en cada caso el carácter social o sanitario de una prestación y en qué administración recae la responsabilidad de darle cobertura. En otros términos, los fondos se utilizan indistintamente para dar cobertura a ambos tipos de prestación en función de la necesidad del caso concreto.

Interesaría estudiar las virtualidades prácticas de este tipo de fórmulas en la CAPV, recurriendo incluso al diseño de proyectos o programas piloto que per-

mitan determinar, sobre una base real y un análisis empírico de las ventajas e inconvenientes resultantes de su aplicación, si son o no una alternativa viable en nuestro entorno.

6. Compromiso institucional

El avance de la construcción sociosanitaria depende, sin duda, de la existencia de un compromiso real, a nivel político e institucional, que la respalde. Sin negar las mejoras alcanzadas en los últimos años y los esfuerzos desarrollados para su consecución desde los niveles de responsabilidad, los datos parecen apuntar a que, con excesiva frecuencia, el éxito de los proyectos y la progresión en la creación de cauces efectivos de coordinación y, sobre todo, de instrumentos susceptibles de hacer viable dicha coordinación en la práctica, reposan, en buena medida, en el compromiso personal de profesionales que, desde el ejercicio diario de sus responsabilidades –ya sea en el nivel estratégico, ya en el de la organización de servicios, ya en el de la atención directa a la persona usuaria–, observan la perentoria necesidad de articular el conjunto de recursos disponibles con vistas a ofrecer una atención de naturaleza mixta, coherente, ajustada al principio de continuidad.

Es esencial, por lo tanto, reforzar ese compromiso profesional desde las instituciones públicas y asumir un compromiso político, en todos los niveles –autonómico y foral, pero también municipal– que, más allá del discurso, dé cobertura a un espacio de actuación que, por hallarse en la confluencia de dos sistemas, corre el riesgo de quedar insuficientemente atendido.

B. RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA RED DE RECURSOS

7. Prioridad a las fórmulas de atención en el contexto comunitario

El análisis de los documentos programáticos que establecen los elementos estructurales de las políticas públicas –y que condicionan y orientan la arquitectura de los sistemas de atención– así como el estudio de buen número de experiencias e iniciativas internacionales no dejan dudas sobre el hecho de que una de las principales finalidades de los sistemas de atención sociosanitaria, sea cual sea el modelo de relación al que se adscriben, es el de facilitar, siempre que sea posible, la atención de las personas usuarias en su domicilio, mediante la articulación de paquetes de servicios de corte preferentemente comunitario, y ello con independencia de que presenten un elevado nivel de necesidades complejas y mixtas. Esta tendencia no sólo responde a las nuevas demandas sociales, sino también a razones asociadas a la eficiencia económica del sistema. Desde esa perspectiva, resulta esencial insistir –como de hecho se apunta en un marco internacional de renovación de los sistemas de salud y de búsqueda de soluciones que garanticen la viabilidad de los sistemas europeos de protección social– en la atención sociosanitaria como fórmula de prevención de la hospitalización y del ingreso en estructuras residenciales y como fórmula también de reducción de la duración de las estancias en esas estructuras.

Lo anterior exige, lógicamente, el afianzamiento de varias estrategias de gran calado:

- Por un lado, estrechar la colaboración de las redes primarias de atención y reforzar el mutuo carácter preventivo de las intervenciones: sin duda, la aplicación, a tiempo, de servicios sociales contribuye al mantenimiento de la salud y a la prevención de la enfermedad y la dependencia e, inversamente, la adecuación de las intervenciones sanitarias, especialmente del seguimiento en el nivel primario, pueden evitar o ralentizar procesos de avance hacia situaciones de dependencia.
- Por otro, proceder a un reforzamiento sin precedentes de la cobertura y de la intensidad de los servicios de atención comunitaria, y, en particular de:
 - a. Servicios de atención domiciliaria, tanto de naturaleza sanitaria –hospitalización a domicilio, enfermería a domicilio, fórmulas de seguimiento y monitorización preventiva, rehabilitación–, como de carácter social –asistencia domiciliaria personal y doméstica, teleasistencia, atención de día, servicios de respiro, ayudas técnicas, servicios de adaptación del medio físico, entre otros–, garantizando la prestación coordinada de las correspondientes intervenciones y la adecuación de su intensidad a las necesidades reales.
 - b. Servicios de intervención en medio abierto, en cuyo marco la dimensión comunitaria podría mejorar mucho la calidad de la atención prestada a colectivos en riesgo o en situación de exclusión.”
- Por último, desarrollar fórmulas intermedias de cuidado –*intermediate care*– que, en la línea que marcan las experiencias e iniciativas analizadas en el informe, sirvan tanto para prevenir los ingresos como para posibilitar el retorno al domicilio tras una estancia hospitalaria. Estas fórmulas deberán prever servicios de atención orientados a intervenir en el domicilio en situaciones de urgencia no hospitalaria, ofreciendo una alternativa de cuidados adecuados a las necesidades de la persona usuaria y, en su caso, de la persona que asume su atención desde la red informal, con la máxima inmediatez.

8. Refuerzo de las fórmulas de apoyo a la red sociofamiliar de atención

Es un hecho verificado y repetidamente apuntado por esta Institución que la red sociofamiliar de apoyo a las personas con necesidades de cuidado de larga duración es quien soporta, en mayor medida, el peso de la atención, en condiciones muchas veces intolerables que acaban, aunque con menor frecuencia de la esperable, en la claudicación de la persona que actúa como cuidadora o cuidador principal. Esta realidad no es sostenible.

Cuando desde esta Institución se propugna la prioridad de la atención en el contexto comunitario, en ningún caso se pretender aumentar la carga que recae en estas personas, sino, muy por el contrario, reforzar al máximo los servicios comunitarios de la red formal de atención, teniendo cuenta, en dicho desarrollo, las necesidades de la red informal.

A efectos de lo anterior, se recomiendan dos líneas básicas de actuación:

- **por un lado, reforzar la intervención de servicios que tengan por finalidad principal aliviar la carga de quien asume la función de cuidadora o cuidador principal, ampliando la gama de alternativas existentes: no basta con arbitrar un programa de estancias temporales, sino que es necesario intensificar otras intervenciones –en particular, intensificar un servicio de ayuda a domicilio que, en la actualidad, se muestra incapaz de responder a necesidades complejas y pesadas– y diseñar otras alternativas de atención que persigan esa misma finalidad;**
- **por otro, tener en cuenta, en la valoración de las necesidades y en el diseño del plan individual de atención, no ya la dedicación actual y real, de quienes asumen las funciones de cuidadora o cuidador principal, sino un tiempo de dedicación razonable, compatible con el desarrollo de su propia vida personal y profesional y con su deseo de atender a sus familiares dependientes.**

9. Concentración de los esfuerzos en los colectivos que presentan necesidades complejas de larga duración

Como se ha visto en el análisis, los colectivos más susceptibles de requerir una atención mixta, bien coordinada y articulada entre los servicios de salud y los servicios sociales son quienes presentan necesidades muy complejas, de naturaleza también mixta, y de larga duración, a saber, las personas mayores –sobre todo las muy mayores– en situación de dependencia, las personas con condiciones crónicas –en particular, enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles persistentes y enfermedades y trastornos mentales– y las personas con enfermedades en fase terminal. También es necesario tener presente el hecho de que determinados grupos de población, por ser poco numerosos, por contar con escasa representatividad social, por vivir en situación de alejamiento de los circuitos generales o por formar parte de nuevos procesos de exclusión social, pueden sufrir limitaciones de muy distinta índole en su acceso a los recursos sanitarios y sociales.

En nuestro ámbito, se detectan, sobre la base de la consulta realizada al grupo de expertas y expertos y sobre la base, también, de los datos recogidos en sucesivos informes extraordinarios de carácter monográfico elaborados desde esta Institución, particulares déficit en la atención prestada a las personas con enfermedad mental y/o trastornos de conducta –en particular, en este último caso, niños, niñas y adolescentes– y a las personas con problemáticas múltiples, como la patología dual, a la vez que se observa la clara insuficiencia de los dispositivos de naturaleza socio sanitaria destinados a la atención del colectivo de personas mayores dependientes que, por su número y la complejidad de sus necesidades, requiere un esfuerzo consecuente.

Es necesario, por lo tanto, centrar la atención en las necesidades específicas de estos colectivos y arbitrar fórmulas de atención, prioritariamente comunitarias, como se indica en la recomendación anterior, de atención domiciliaria y de intervención educativo-terapéutica, pero también soluciones residenciales de proximidad, que den cobertura a un déficit constatado en la práctica diaria de las intervenciones.

En esta línea de actuación, conviene no perder de vista que, con frecuencia, en la atención de determinadas necesidades y colectivos, deberá fomentarse la coordinación con otros sectores y políticas públicas orientadas a la protección y a la consecución del bienestar social, en particular, la política de vivienda y la política de inclusión social.

C. RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA INSTRUMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

10. Formas de trabajo

Existen formas de trabajo que pueden considerarse definitorias de la atención socio-sanitaria en la medida en que resultan esenciales para la organización de la prestación efectiva de este tipo de atención. Son, básicamente, el trabajo interdisciplinar en equipo y la gestión de caso, integrando en las mismas tanto la valoración de necesidades de la persona, como el diseño de un plan individual de atención, la articulación de un paquete de servicios orientado a la implementación de ese plan de atención y la designación de una persona profesional que actúe como referente y como coordinadora de la atención prestada.

Se considera deseable que, en nuestro contexto, se afiancen estas metodologías, ya existentes en algunos ámbitos, y para ello se hace indispensable adoptar medidas consecuentes de reforzamiento de los equipos en términos de recursos profesionales procedentes de diferentes disciplinas y en términos también de formación orientada al aprendizaje del trabajo en equipo interdisciplinar y de las estrategias de coordinación. Conviene, en todo caso, que esta modalidad de formación sea conjunta para profesionales de la sanidad y de los servicios sociales, con vistas a promover un mejor conocimiento de las competencias y habilidades respectivas y de las dificultades a las que se enfrentan en el ejercicio de su profesión, y con vistas también a favorecer una superación progresiva de las dificultades de coordinación derivadas de las diferentes culturas profesionales.

11. Instrumentos de trabajo

La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios requiere el diseño y la aplicación de instrumentos comunes que faciliten las intervenciones y, en lo posible, eviten solapamientos entre los servicios, desfases temporales en la secuencia de las intervenciones y duplicaciones innecesarias de los esfuerzos. Esta necesidad, ya prevista en el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la CAPV (2005-2008), ha sido objeto, según se desprende del análisis, de un desarrollo muy limitado.

Desde esta óptica, sería indispensable acelerar el ritmo de avance hacia una aplicación efectiva de instrumentos comunes de valoración en los ámbitos preferentes o prioritarios de la atención sociosanitaria y al diseño e implementación de procedimientos comunes de acceso, que se vería ampliamente facilitado si se contara con un sistema común de información.

Interesaría también recurrir, a imagen de lo que se observa en países del entorno europeo, al diseño de itinerarios de atención integrada. Procedentes del ámbito sanitario, se definen como pautas de intervención, de carácter interdisciplinar, acordadas a nivel local, para atender determinadas necesidades presentadas por un determinado colectivo. Se basan en directrices y conocimientos avalados por la literatura especializada, así como en el conocimiento y la experiencia de quienes intervienen en su diseño, para definir la secuencia más adecuada de cuidados sanitarios y sociales que habitualmente convendrá aplicar a la atención de quienes presentan esas concretas necesidades, sin perjuicio de que luego deba adaptarse, en el marco de la valoración individual y del diseño del plan de atención individual, a las necesidades del caso concreto.

12. Proyectos piloto

Es evidente que, en el ámbito de la atención socio sanitaria, la necesidad de coordinar una multiplicidad de servicios de diferente naturaleza y la necesidad de responder, mediante esa coordinación, a situaciones complejas que afectan a personas que requieren cuidados de larga duración, obligan a buscar y a encontrar soluciones originales, adaptadas al contexto, es decir, a innovar. La innovación, en un ámbito de confluencia entre dos sectores como el sanitario y el social, en el que los condicionantes estructurales preexistentes tienen un peso específico muy considerable, sólo puede pasar, como atestiguan los estudios en este campo y la observación de los avances en diferentes contextos geográficos, por el diseño y la implementación de proyectos piloto sujetos a evaluación.

Desde esta óptica, se considera conveniente poner en marcha en la Comunidad Autónoma algunas iniciativas que sirvan para testar fórmulas que parecen introducirse en muchos modelos de atención socio sanitaria, en particular, podrían ensayarse, por un lado, fórmulas de atención intermedia orientadas a la prevención de las hospitalizaciones y del ingreso en residencias pero también a facilitar el retorno al domicilio y la permanencia en el mismo tras una hospitalización, por otro, fórmulas de atención domiciliaria muy intensivas y, por último, el co-emplazamiento de servicios, especialmente en el nivel comunitario (atención primaria de salud y servicios sociales comunitarios).

BIBLIOGRAFÍA

- Alaszewski, A.; Billings, J y Coxon, K. *Integrated health and social care for older persons: theoretical and conceptual issues*. Centre for Health Services Studies, University of Kent at Canterbury, 2003.
- Andersson, G; Karlberg, I. *Integrating care for teh elderly: the background and effects of the reform of swedish care of the elderly*. International journal of integrated care Vol. 1 (1), 2000.
- Aznar López, M. *Sobre la atención socio sanitaria en España*. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 2000, 35(1): 1-3.
- Audit Commission. *Integrated services for older people: building a whole system approach in England*. London, 2002.
- Audit Commission. *The Coming of Age. Improving Care Services for Older People*. Londres 1997.
- Avellaneda, A., Izquierdo, m M., Torrent-Farnell, J., & Ramón, J.R. *Enfermedades raras: Enfermedades crónicas que requieren un nuevo Enfoque socio sanitario*. An. Sist. Sanit. Navar. 2007, Vol. 30, nº 2.
- Banks, P. *Policy framework for integrated care for older people*. Developed by the CARMEN network. King's Fund, London, 2004.
- Barton, P.; Bryan, S.; Glasby, J.; Hewitt, G.; Jagger, C.; Kaambwa, B.; Martin, G.; Nancarrow, S.; Parker, H.; Parker, S.; Regen, E. & Wilson, A. *A national evaluation of the costs and outcomes of intermediate care for older people*. Nuffield, 2006.
- Béland, F.; Bergman, H.; Lebel, P.; Dallaire, L.; Fletcher, J.; Tousignant, P. & Contandriopoulos, A.P. *Integrated Services for Frail Elders (SIPA): A trial of a Model for Canada*. Canadian Journal on Aging, Vol. 25, nº 1, 2006: 25-42.
- Béland, F., H. Bergman y P. Lebel. *SIPA. Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie: évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000*. Montreal: Groupe de Recherche Universités de Montréal et McGill sur les services intégrés aux personnes âgées. 2001.
- Béland, F et al. "Évaluation d'un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)". En: Henrard, J.C et al. (eds.) *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec: qualité de vie, pratiques et politiques*. Paris: INSERM, 2001.

- Béland, F. et al. *Évaluation du Systeme intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA): utilisation et coûts des services sociaux et de santé*. Ottawa: FCRSS, 2004.
- Bernabei, R.; Landi, F.; Gambassi, G.; Sgadari, A.; Zuccala, G.; Mor, V.; Rubenstein, L.Z. & Carbonin, P.U. *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community*. British Medical Journal, N° 316, 1998: 1348.1351.
- Billings, J. Ed. *Integrating Health and social care services for older persons. Evidence from nine European countries*. European Centre Vienna. Ashgate, 2006.
- Black, F. *The Information core for Integrated Care Mental Health Dataset. Test Implementation Evaluation Report*. NHS National Services Scotland. Edinburgh, 2007.
- Bowen, T. "Whole System" models of care for older people. The Balance of Care Group, Dublin, 2005.
- Bradshaw, J. *Improving Service Quality through Linked Services Development*. En Learning Disability Review, Vol. 6, 4, 2001: 12-19.
- Brodsky, J.; Habib, J. y Hirschfeld, M. *Key Policy issues in long-term care*. World Health Organization. Collection on Long-Term Care. Geneva, 2003.
- Brodsky, J; Habib, J; Mizrahi, I (2000). *Long-term care laws in five developed countries: A review*. Geneva, World Health Organization. (WHO/NMH/CCL/00.2).
- Callis, D. *Community Care, secondary health care and care management*. PSSRU.
- Cámara Villar, G. *El principio y las relaciones de colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas*. Revista de Derecho Constitucional Europeo, n° 1, Enero-Junio 2004: 197-240.
- Cameron, A. & Lart, R. *Factors promoting and obstacles hindering joint working: a systematic review of the research evidence*. Journal of Integrated Care. Vol. 11, n° 2, April 2003.
- Capitman, J. *Effective Coordination of Medical and Supportive Services*. Journal of Ageing and Health, Vol. 15, n° 1, February 2003.
- Carpenter, J.; Schneider, J.; McNiven, F.; Brandon, T.; Stevens, R. & Wooff, D. *Integration and targeting of community care for people with severe and enduring mental health problems: Users' experiences of the Care Programme Approach and care management*. British Journal of Social Work, Vol. 34, 2004: 313-333.
- Cobo Gálvez, P. *La Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y su impacto sobre la asistencia sanitaria pública*. XV Congreso de Derecho y Salud. Madrid, 14 de octubre de 2006.
- Collmorten, E., Clausen, T. y Bengtsson, S. "Providing integrated health and social care for older persons in Denmark". En: Leichsenring, k. (ed) *Providing Integrated health and social care for older persons: A European overview of issues at stake*. Ashgate, 2004.

- Commission for Healthcare Audit and Inspection. *Living well in later life: A review of progress against the National Service Framework for Older People*. London, 2006.
- Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Dirección General de Planificación y Ordenación. *II Plan Sociosanitario de Castilla y León*. Valladolid: Junta de Castilla y León, 268 páginas, 2003.
- Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Dirección General de Planificación y Ordenación. *Manual de Funcionamiento de los Equipos de Coordinación de Base*. Valladolid: Junta de Castilla y León, 55 páginas, 2004.
- Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Dirección General de Planificación y Ordenación. *Manual de Procedimiento. Guía Para el Funcionamiento de las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria*. Valladolid: Junta de Castilla y León, 42 páginas, 2004.
- Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. *Plan estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008*. Eusko-Jaurilaritza-Gobierno Vasco. Osasen Saila-Departamento de Sanidad, Vitoria-Gasteiz, 2005.
- Contel, J.C. *La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida*. Atención primaria, Vol. 29, nº 8, 2002: 502-506.
- Coolen, J.A.I. *Changing care for the elderly in The Netherlands. Experiences and research findings from policy experiments*. Ed. Van Gorpum and Comp, Assen, 1993.
- Challis, D. *Care Management in Long-Term Care of Older People* en "Long-Term Care: Matching Resources and Needs. PSSRU-Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Ed. Ashgate. Aldershot, England, 2004.
- Challis, D.; Darton, R. y Stewart, K.: "Community Care, Secondary Health Care and Care Management". PSSRU-Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Ed. Ashgate. Aldershot, England, 1998.
- Chatterji, P. *Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Demonstration. The impact of PACE on Participant Outcomes*. Health Care Financing Administration, Baltimore, 1998.
- Chatterji, P. *Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Demonstration. Factors contributing to Care Management and Decision Making in the PACE model*. Health Care Financing Administration, Baltimore, 1998.
- Chin, J. *Practical lessons for delivering integrated services in a changing environment: the PACE model. A new look at this pioneering venture*. Generations: Journal of the American Society on Aging, vol. 23, nº 2, 1999.
- Daniilidou, N., Economou, C., Zavras, D., Kyriopoulos, J. & Georgoussi, E. *Health and social care in aging population: an integrated care institution for the elderly in Greece*. International Journal of Integrated Care, Vol. 3, Oct. 2003.
- Davis, N. *Integrated Care Pathways. A guide to good practice*. National Leadership and Innovation Agency for Healthcare. Swansea, 2005.

- De Gaminde Inda, I. *Formulación de políticas sociosanitarias: dificultades y perspectivas*. Gaceta Sanitaria, 2006, Vol. 20(4): 257-259.
- De Lorenzo García, R. & Martínez Ravelo, A. *La futura Ley de Dependencia como pilar fundamental de la protección social en España*. Revista Española del Tercer Sector, nº 3, mayo-agosto 2006.
- Defensor del Pueblo. *La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Informes, estudios y documentos. Madrid, 2000.
- Delnoij, D. *Integrated care in an international perspective*. International Journal of Integrated Care vol. 2, nº 1. 2002
- Delnoij, D.; Klazinga, N. y Kulu Glasgow, I. *Integrated care in an internacional perspectiva*. Internacional Journal of Integrated Care. Vol. 2, april 2002.
- Department of Health and Social Security. *Working together: a guide to arrangements for interagency cooperation for the protection of children from abuse*. London, 1988.
- Department of Health. *NHS Responsibilities for continuing health needs*. London, 1995.
- Department of Health. *Practical guidance on joint commissioning for project leaders*. London, 1995.
- Department of Health. *Working together in child protection. Report of phase two: a survey of the experience and perceptions of the six key professions*, London, 1995.
- Department of Health. *The NHS Plan. A Plan for investment. A plan for reform*. London, 2000.
- Department of Health. Local Authority circular. *Better care higher standards*. Londres, 2001.
- Department of Health. *The Relationship between Health and Social Services*. London, 1999.
- Department of Health. *National Service Framework for Older People. Intermediate Care: Moving Forward*. London, 2002.
- Department of Health. *National Standards, Local Action. Health and Social Care Standards and Planning Framework*. London, 2005.
- Department of Health. *Preparing older people's strategies: Linking Housing to Health, Social Care and other local strategies*. London.
- Department of Health. *Effective care coordination in mental health services. Modernising the Care Programme Approach. A policy booklet*. London.
- Departamento de Salud Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón. *Plan Estratégico 2001-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón*. Zaragoza: Gobierno de Aragón, 2002.

- Donabedian, A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan Health Administration Press, 1980.
- España Martí, M.M. *La protección y atención sociosanitaria de los enfermos mentales: carencias actuales*. DS Vol. 12, nº 2, 2004: 115-126.
- Ferguson Anderson. *Designing Social Health delivery systems for the aging*. En: Beattie, Piotrowski, Marois, ed. , en "Aging: a challenge to Science and Society". Vol 2. part II. Oxford, University press, 1981: 202-213.
- Forte, P.; Bowen, T.; Foote, C. & Poxton, R. *Intermediate Care. Getting the balance right*. The Balance of Care Group, Dublin, 2002.
- Foucault, M. *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Presses Universitaires de France, Paris, 1963.
- Gaspar, J.I. *Programa de atención a enfermos crónicos dependientes*. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo, 2006.
- Generalitat Valenciana. *Acción estratégica para el desarrollo del sector sociosanitario en la Comunidad Valenciana*. Conselleria d'Empresa, Universitat i Ciència. Valencia, 2005.
- Glendinning, C. *Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England*. Health Policy, 65 (2003) 139-151.
- Glendinning, C. *From collaboration to commissioning: developing relationships between primary health and social services*. British Medical Journal, nº 317, 1998: 122-125.
- Gobierno de Navarra. *Plan Foral de atención sociosanitaria. Documento aprobado inicialmente por acuerdo de Gobierno de Navarra de fecha 27 de junio de 2000*. Pamplona: Gobierno de Navarra, 60 páginas, 2000.
- Gomez Tato, I. *Atención sociosanitaria y atención mental*. Revista de Administración Sanitaria. Vol. 3 (2), 2005: 273-286.
- Grimley Evans, J. *Ageing and medicine* en Davey, B.; Grey, A. & Seale, C. (Eds.) *Health and Disease: A Reader*. 3rd. edition. Open University Press, Buckingham (2001).
- Grimley Evans, J. *A correct compassion: the medical response to an ageing society*. Journal of the Royal College of Physicians of London, Vol. 31, nº 6, Noviembre-Diciembre, 1997.
- Gröne, O; García Barbero, M. *Trends in integrated care. Reflections on conceptual issues*. World Health Organization, Copenhagen, 2002. EUR/02/5037864.
- Haggerty, J.L.; Reid, R.J.; Freeman, G.K; Starfield, B.H.; Adair, C.E. & McKendry, R. *Continuity of care. A multidisciplinary review*. British Medical Journal, Vol. 27, 2003: 1.219-1.221.
- Hardy, B.; Mur-Veemanu, I.; Steenbergen, M. & Wistow, G. *Inter-agency services in England and the Netherlands. A comparative study of integrated care development and delivery*. Health Policy, Vol. 48, 1999: 87-105.

- Health Committee. *The relationship between Health and social services*. London. The Stationery Office.
- Health Service Executive Midland Area. *Icon. Draft discussion paper. "Developing a Strategic Framework for Stakeholder Involvement"*. Dublin, 2004.
- Hébert, R. *Prisma: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada*. International Journal of Integrated Care, vol. 3, March, 2003.
- Hébert, R. y Veil, A. *Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system*. International Journal of Integrated Care, Vol. 4, Sept. 2004.
- Herbert, G. & Geoff, L. *Leading ideas leading change. Developing the Intermediate tier: Sharing the Learning*. Leeds, 2004.
- Higgins, R & Young, E. *Evaluation of the development manager role within the Derby elderly people's integrated care system (EPICS): Final report to the Joint Management Team*. Nuffield Institute for Health Services Studies. University of Leeds. 1992.
- Hiscock, J. & Pearson, M. *Looking inwards, looking outwards: Dismantling the "Berlin Wall" between Health and Social Services?* Social Policy and Administration, Vol. 33, n° 2, June 1999: 150-163.
- Hudson, B. *Interprofessionalism in health and social care: the Achilles' heel of partnership?* Journal of Interprofessional Care. Vol. 16, n° 1, 2002.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO. *Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave. Documento de consenso*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2003.
- Integrated Care network. *Bringing the NHS and local government together. Integrating the workforce. A guide*. Exeter, 2005.
- Integrated Care network. *Integrated working and children's services: structures, outcomes and reform*. Exeter, 2003.
- Integrated Care Network. *Integrated working: a guide*. Exeter, 2004.
- Integrated Care Network. *Culture in partnerships. What do we mean by it and what can we do about it?* Exeter, 2004.
- Integrated Care Network. *Reimbursement and delayed discharges*. Exeter, 2004.
- Integrated Care Network. *Integrated working and governance: a discussion paper*. Exeter, 2004.
- Jennings, B; Kaebnick, G; & Murray, T. Ed. *Improving End of Life Care: Why has it been so difficult?*. A Hastings Center Special Report, the Hastings Center, 1996.
- Johri, M. *International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence*. International Journal of Geriatric Psychiatry, vol. 18, 2003: 222-235.

- Kalish, D.; Tetsuya, A; y Buchele, L. *Social and Health policies in OECD Countries. A survey of current programmes and recent developments*. OECD, Labour Market and Social Policy Occasional Papers, N° 33. 1998.
- Keenan, P. *Implementing community addiction teams (CATs). The Glasgow experience*. NHS Greater Glasgow, 2005.
- Keenan, P. *A process evaluation of community addiction Teams (CATs) in East & North East Glasgow during the first year of operation*. Scottish Executive Social Research. Substance Misuse Research Programme. Glasgow, 2006.
- Kelly, C. et al. "The mental health needs of looked after children: an integrated multi-agency model of care". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, n° 8, páginas 323-335, 2003.
- Knapp, M.; Challis, D.; Fernández, J.L. y Netten, A.: *Long-term Care: Matching Resources and Needs*. PSSRU-Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Ed. Ashgate. Aldershot, England, 2004.
- Kodner, D. *Long-term Care Integration in four European Countries: a Review*. In: *Key policy issues in long-term care*. World Health Organization, 2003.
- Kodner, D. *Fully integrated care for frail elderly: two American models*. International Journal of Integrated Care. Vol. 1, Nov. 2000.
- Kodner, D. *Whole –system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons*. Health and Social Care in the Community, vol. 14, n° 5, 2006.
- Kodner, D. *Beyond Care Management: the logic and promise of vertically integrates systems of care for the frail elderly*. En *Long-Term Care: Matching Resources and Needs*. PSSRU-Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Ed. Ashgate. Aldershot, England, 2004.
- Kodner, D. *Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. A discussion paper*. International Journal of Integrated Care, Vol. 2, 2002.
- Leathard, A. *Interprofessional Collaboration. From policy to practice in health and social care*. Ed. Routledge, New York, 2003.
- Leichsenring, K. *Providing Integrated health and social care for older persons: A European overview of issues at stake*. Ashgate, 2004.
- Leutz, W.N.: *Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom*. The Milbank Quarterly, Vol. 77, n° 1, 1999.
- Lloyd, J. y Wait, S. *Integrated Care. A guide for policy makers*. Alliance for Health and the Future, Londres, 2004.
- Mendivil Eguiluz, C.; Auzmendi y Urrita, M.; Aparicio Telleria, D.; Bravo Albizu, M.V. & Irán Sanz, A. *Experiencia en colaboración sociosanitaria en psiquiatría infanto-juvenil*. Psiquiatría Pública, Vol. 11, n° 5-6, 1999: 176-184.

- Merlis, M(2000) *Caring for the frail elderly: an international review*. Health Affairs 19(3): 141-149.
- Midland Health Board. *Developing a model for integrated primary, community and continuing care in the Midland Health Board*. Dublin, 2003.
- Ministerio de Sanidad. *Guía de Especialidades Médicas. Especialidad de Geriatria*. Madrid, 1978.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Plan d'Organisation Administrative*. Québec, Canada, 2007.
- Ministry of Social Affairs and Health. *Quality Recommendation for Mental Health Services*. Handbooks 2001: 13. Helsinki 2001.
- NHS Quality Improvement Scotland. *Integrated Care Pathways for Mental Health*. Edinburgh, 2007.
- Nies, H. *A European research agenda on integrated care for older people*. CARMEN.
- Nies, H. & Berman, P.C. *Integrating services for older people: A resource book for managers*. European Health Management Association, Dublin, 2004.
- Observatorio del Sistema Nacional de Salud. *Informe de Situación de Salud Mental*. Ministerios de Sanidad y Consumo, Madrid, 2002.
- OCDE. *Préserver la prospérité dans une société vieillissante*. 1998.
- O'Hagan, G. *Of primary importance: Inspection of social services departments' links with primary health services-older people*. Social Services Inspectorate, Department of Health. London, 1999. CI (99)22.
- OMS. *Cuidados innovadores para condiciones crónicas*. OMS 2003.
- Peck, E. *101 Dimensions: Directions for health and social policy in England 2001-2005*. King's College London.
- Pedich, W. *System of medical and social care for old people*. En: Beattie, Piotrowski, Marois, ed. , en "Aging: a challenge to Science and Society". Vol. 2. part II. Oxford, University press, 1981: 214-221.
- Peñalver Castellano, R. *La atención sociosanitaria en el Sistema Nacional de Salud: en la encrucijada*. Revista de Administración Sanitaria. Vol. 3(2), 2005: 247-250.
- Plamping, D. *Practical partnerships for health and local authorities*. BMJ, vol 320. 2000.
- Plochg, T. & Klazinga, N.S. *Community-based integrated care: myth or must?* International Journal of Quality in Health Care, Vol. 14, n° 2, 2002: 91-101.
- Poveda Salvá, R. *Aspectos psicosociales de la enfermedad crónica*.
- Pynoos, J. & Liebig, P.S. *Housing Frail Elders. International policies, perspectives and prospects*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1995.

- Reed, J.; Cook, G; Childs, S y McCormack, B. *A literature review to explore integrated care for older people*. International Journal of integrated care, vol. 5, 2005.
- Reid, R.; Haggerty, J. & McKendry, R. *Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare*. Canadian Health Services Research Foundation, 2002.
- Rodriguez, R, M.V. Zunzunegui y H. Bergman. *Servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Québec: la experiencia SIPA*. Atención Primaria, vol. 21, número 6, p. 405-412, 1998.
- Rome, A. et al. *Integrated care for drug users: principles and practice*. Edimburgh: Scottish Executive. Effective Interventions Unit, 2002.
- Salgado, A; Ruipérez, I & Guillén, F. *Manual de Geriatria*. Ed. Masson, 2002.
- Salgado, A. *Geriatría. Historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica*". Medicine, 1983, n° 50, 3.235-3.239.
- Salvá, A.; Vallès, E.; Llevadot, D.; Martínez, F.; Albinyana, C.; Miró, M.; Llobet, S.; Rodés, R. & Peracaula, J. *Una experiencia de atención sociosanitaria: programa Vida Als Anys. Realidad y expectativas de futuro*. Revista de Administración Sanitaria, Vol. 3, n° 11, 1999: 37-52.
- Sanchez, M. *Asistencia sociosanitaria en salud mental: evaluación de una experiencia*. Informaciones psiquiátricas, n° 167, 2002.
- Scharf, T. y Wenger, G.C. *International Perspectives on Community Care for Older People*. Avebury Studies of Care in the Community. Ed. Ashgate, Aldershot, England, 1995.
- Scottish Executive. *Integrated care for drug users. Principles and practice*. Effective Interventions Unit. Edinburgh, 2002.
- Scottish Executive. *Joint Future: data strategy resource use measure (rum) and the integrated care assessment data summary (RUM-ICADS)*. Health Department. Edinburgh, 2003.
- Scottish Executive. *Circular n°: CCD7/2001 on Joint Resourcing and joint management of community care services*. Health Department. Edinburgh, 2001.
- Servei Català de Salut. *Los trastornos cognitivos y de la conducta en la atención sociosanitaria. Pla de salud*. Quadern n° 10. Generalitat de Catalunya, Departamento de Sanidad y de Seguridad social. Barcelona, 1998.
- SIIS Centro de Documentación y Estudios. *Atención Intemedia y recursos residenciales de proximidad*. En: *II Informe del Observatorio Social de Gipuzkoa*. 2007.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Tratado de Geriatria para Residentes*, Madrid, 2006.
- South Lanarkshire Council. *Integrated Children's Services Plan 2005-2008. Working together making a difference*. Hamilton: South Lanarkshire Council, 110 páginas, 2005.

- South Lanarkshire Council. *Integrated Children's Services Plan 2005-2008. Working together making a difference. Statement of progress 2005/06*. Hamilton: South Lanarkshire Council, 20 páginas, 2006.
- Stakes. *Satakunta Macro Pilot: A Finish regional development project in social and health care*. European Senior Watch Observatory and Inventory. Helsinki, 2000.
- Stockford, D. *Integrating Care Systems: practical perspectives*, Longman, Harlow (England), 1988.
- Strategic Partnering Taskforce. *Assessing strategic partnership. The partnership assessment tool*. Office of the Deputy Prime Minister, Londres, 2003.
- Stuart, M. *Home is where the help is: community-based care in Denmark*. Journal of Aging and Social Policy, Vol. 12, n° 4, 2001: 81-101.
- Tamsma, N. *Advancing integrated care for older people through EU policy*. European Health Management Association. Dublin, 2004.
- Tucker, H. *Developing a structured approach to furthering integrated care for the population of the Midland Health Board, Republic of Ireland*. The Icon project. Dublin, 2004.
- Tucker, H.; Larkin, V. & Martin, M. *The ICON Model - A case study for developing integrated care in Ireland*. Journal of Integrated Care, Vol. 12, n° 5, 2004: 30-35.
- Tucker, H.; Larkin, V. & Martin, M. *The ICON Model – Progress on a Case Study for Developing Integrated Care in Ireland*.
- Twigg, J. *The medical/social boundary and the rival discourses of the body*". En "Long-Term Care: Matching Resources and Needs, PSSRU-Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Ed. Ashgate. Aldershot, England, 2004.
- Van der Linden, B; Rosenthal, H (2001). *Transmural care in the Netherlands: facts and future*. Utrecht, the Netherlands, Julius Centrum voor Huisartsgeneesdunde en Patiëntgebonden Onderzoek.
- Van Raak, A. et al.: *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*. Elsevier. Maarsen, The Netherlands, 2003.
- Vaughan, B. & Lathlean, J. *Intermediate care. Models in practice*. King's Fund, London, 1999.
- Vázquez Navarrete, M.L; Vargas Lorenzo, I.; Farré Calpe, J. & Terraza Nuñez, R. *Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis*. Revista Española de Salud Pública, Vol. 79, n° 6, 2005: 633-643.
- Wagner, L. *Integrated health care for older people in Denmark. Evaluation of the Skaevinge project "ten years on"*. Oita Journal of Nursing, Vol. 2, n° 2, páginas 32-39, 2001.
- Wanscher, C.E.; Pederson, C.D. & Jones, T. *MedCom, Denmark: Danish Health Data Network*. eHealth Impact. Bonn, 2006.

- Ware, T.; Matosevic, T.; Hardy, B.; Knapp, M.; Kendall, J. y Forder, J. *Commissioning care services for older people in England: the view from care managers, users and carers*. Ageing and Society, Vol. 23, 2003: 411-428.
- Warner, L. *Review of the literature on the Care Programme Approach*. The Sainsbury Centre for Mental Health, London, 2005.
- Weiner, K.; Hughes, J.; Challis, D. y Pedersen, I. *Integrating Health and Social Care at the Micro Level: Health Care Professionals as Care Managers for Older People*. Social Policy and Administration. Vol. 37, nº 5, October 2003.
- Wiener, J. *Moving Responsibility for Long-Term Care to Local Governments: The Experience in the UK*. Generations: Journal of the American Society on Aging, vol. 23, nº 2, 1999.
- Wiener, J. *Home and Community-Based Services in the United State en Long-Term Care: Matching Resources and Needs*. PSSRU-Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Ed. Ashgate. Aldershot, England, 2004.
- Williamson, J. *Geriatric Medicine: whose speciality?* An. Inter. Med, 1979; 91 pág. 747-777.
- WHO & Milbank Memorial Fund. *Towards an international consensus on policy for long-term care of the ageing*. World Health Organization (WHO/AHE/00.1), Geneva, 2000.
- Zimmerman, Y. *Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Demonstration. Factors Contributing to care management and decision making in the PACE model*. Health Care Financing Administration, 1998.

REFERENCIAS NORMATIVAS

Textos de la Organización de Naciones Unidas

Textos del Consejo de Europa

Consejo de Europa. Recomendación nº 98-9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la Dependencia. Adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998, en la 641ª reunión de Delegados de Ministros.

Consejo de Europa. Recomendación 1.591 (2003). Retos de la política social en las sociedades europeas que envejecen. Texto adoptado por la Asamblea parlamentaria el 29 de enero de 2003 (4ª sesión).

Consejo de Europa. Recomendación 98 11 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre la organización de la atención sanitaria para los enfermos crónicos. Adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998, en la 641ª reunión de Delegados de Ministros.

Recomendación 1.418 (1999) de 25 de junio de 1999, de Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos. Adoptada por la Asamblea el 25 de junio de 1999.

Recomendación 03(24) del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre organización de los cuidados paliativos, adoptada por el Comité de Ministros el 12 de noviembre de 2003.

Textos de la Unión Europea

Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre “El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera”. *COM (2001) 723 final*.

Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones: “Propuesta de informe conjunto sobre asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: apoyar las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social”. *COM(2002)774 final*.

Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las

Regiones. “Refuerzo de la dimensión social de la estrategia de Lisboa: racionalización del método abierto de coordinación en el ámbito de la protección social”. *COM(2003)261 final*.

Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. “Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales a través del método abierto de coordinación”. *COM(2004)304 final*.

Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre “Trabajar juntos, trabajar mejor: un nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social y de inclusión en la Unión Europea”. *COM(2005)706 final*.

Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones: “Informe conjunto sobre la protección social e inclusión social de 2006”. *COM(2006)62 final*.

Comité de Política Económica de la Unión Europea. Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term care sustainability of public finances. Bruselas, 24 de octubre de 2001.

Comité de Política Económica de la Unión Europea. Progress report to the Ecofin Council on the Impact of ageing populations on public pension systems. Bruselas, 6 de noviembre de 2006.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. Decisión 1.523/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de junio de 2002 relativa al “Sexto Programa Marco para acciones de investigación, desarrollo tecnológico y demostración, destinado a contribuir a la creación del Espacio Europeo de Investigación y a la Innovación (2002-2006)”.

Normativa estatal

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (*BOE de 29 de abril de 1986*).

Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (*BOE de 29 de junio de 1994*).

Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Sanidad (*BOE del 10 de febrero de 1995*).

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (*BOE de 15 de noviembre de 2002*).

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (*BOE de 29 de mayo de 2003*).

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (*BOE de 22 de noviembre de 2003*).

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (*BOE de 17 de diciembre de 2003*).

Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería (*BOE de 6 de mayo de 2005*).

Real Decreto 1.030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (*BOE de 16 de septiembre de 2006*).

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (*BOE de 15 de diciembre de 2006*).

Normativa de la CAPV

Estatuto de Autonomía del País Vasco aprobado por Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre (*BOE de 22 de diciembre de 1979*).

Ley 27/1983, de 25 de noviembre, de Relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos (*BOPV de 10 de diciembre de 1983*).

Normativa sanitaria

Decreto 32/1985, de 5 de marzo, de traspaso de servicios del Territorio Histórico de Álava a las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma en materia de Sanidad (*BOPV de 6 de marzo de 1985*).

Decreto 40/1985, de 5 de marzo, de traspaso de servicios del Territorio Histórico de Gipuzkoa a las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma en materia de Sanidad (*BOPV de 6 de marzo de 1985*).

Decreto 51/1985, de 5 de marzo, de traspaso de servicios del Territorio Histórico de Bizkaia a las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma en materia de Sanidad (*BOPV de 6 de marzo de 1985*).

Decreto 175/1989, de 18 de julio, por el que se aprueba la Carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud – Osakidetza (*BOPV de 4 de agosto de 1989*).

Decreto 194/1996, de 23 de julio, de Estructura organizativa de los recursos adscritos a Osakidetza - Servicio Vasco de Salud para la atención especializada (*BOPV de 28 de agosto de 1996*).

Decreto 195/1996, de 23 de julio, de Estructura organizativa de los recursos adscritos a Osakidetza – Servicio Vasco de Salud para la atención primaria (*BOPV de 28 de agosto de 1996*).

Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi (*BOPV de 21 de julio de 1997*).

Acuerdo de 25 de noviembre de 1997 del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza – Servicio Vasco de Salud, por el que se aprueba la Estructura Orgánica de la Organización Central del Ente Público (*BOPV de 28 de noviembre de 1997*).

Decreto 260/1999, de 22 de junio, por el que se regulan el Consejo de Sanidad de Euskadi y los Consejos de Área de Salud de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa (*BOPV de 14 de julio de 1999*).

Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad (*BOPV de 30 de diciembre de 2002*).

Decreto 59/2003, de 11 de marzo, por el que se determinan las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi (*BOPV de 10 de abril de 2003*).

Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, por el que se crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas (*BOPV de 28 de noviembre de 2003*).

Decreto 31/2006, de 21 de febrero, de autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios (*BOPV de 15 de marzo de 2006*).

Decreto 65/2006, de 21 de marzo, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a procedimientos quirúrgicos programados y no urgentes a cargo del sistema sanitario de Euskadi (*BOPV de 5 de abril de 2006*).

Normativa de Servicios Sociales

Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales (*BOPV de 2 de junio de 1982*).

Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales (*BOPV de 12 de noviembre de 1996*).

Comisión técnica de valoración y orientación sociosanitaria en materia de personas mayores del Territorio Histórico de Bizkaia, por Decreto Foral 234/2006, de 26 de diciembre,

Convenios, planes y otros documentos oficiales

Ámbito estatal

Plan Gerontológico, INSERSO, Madrid, 1993.

Plan Estratégico. El libro azul. INSALUD, Madrid, 1997.

Bases para la Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores (1993).

Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las personas mayores (1995).

Acuerdo del Congreso de los Diputados sobre Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud de 18 de diciembre 1997.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su Desarrollo. Madrid, 2001.

II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2003-2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, Madrid, 2003.

Ámbito autonómico

Convenio de cooperación para mejorar y racionalizar la cobertura de la atención psicogeriatrica en el Territorio Histórico de Álava, de 9 de marzo de 1993. *BOPV de 25 de junio de 1993.*

Convenio de cooperación entre el Servicio Vasco de Salud – Osakidetza y la Diputación Foral de Gipuzkoa para la Asistencia Sanitaria en las residencias de la tercera edad, de 20 de octubre de 1994.

Acuerdo-Marco de colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para la cobertura de las necesidades socio-sanitarias en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, de 20 de mayo de 1996.

Acuerdo-Marco de colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Bizkaia para la cobertura de las necesidades socio-sanitarias en el Territorio Histórico de Bizkaia, de 14 de mayo de 1998.

Acuerdo-Marco de colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava para la cobertura de las necesidades socio-sanitarias en el Territorio Histórico de Álava, de 16 de noviembre de 1998.

Acuerdo-Marco de colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para la cobertura de las necesidades socio-sanitarias en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. Informe de seguimiento, de 11 de mayo de 2000.

Protocolo de Actuación para la Atención Socio-sanitaria de Personas Mayores Institucionalizadas con Trastornos Psiquiátricos en Gipuzkoa, de 1 de diciembre de 2000.

Convenio de colaboración para la asistencia psiquiátrica rehabilitadora en los centros ocupacionales para enfermos mentales en Gipuzkoa, de 28 de diciembre de 2000.

Convenio de Colaboración para la Asistencia Sanitaria en Residencias de Personas Mayores de Gipuzkoa, de 6 de julio de 2001.

Plan Sociosanitario de la CAPV. Informe de Situación de Partida. Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad, Vitoria-Gasteiz, octubre de 2001.

Plan de Cuidados Paliativos. Atención a Pacientes en la Fase Final de la Vida 2006-2009. Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad, Vitoria-Gasteiz, 2006.

Convenio de Colaboración para la Asistencia Psiquiátrica Rehabilitadora en los Centros de Día Psicosociales para Enfermos Mentales Crónicos de Gipuzkoa, de 31 de mayo de 2002.

Convenio de Colaboración para la Asistencia Sanitaria en las Unidades Residenciales Sociosanitarias, firmado el 2 de julio de 2003.

Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008. Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, Vitoria-Gasteiz, 2005.

Catálogo de Servicios Sanitarios y Sociales aplicados en el Ámbito Sociosanitario de la CAPV. Aprobado, de 3 de mayo 2006. Grupo de trabajo interinstitucional.

Convenio de colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con el Servicio Vasco de Salud – Osakidetza, y la Diputación Foral de Bizkaia, para la prestación de los servicios sociosanitarios en las unidades residenciales sociosanitarias del Territorio Histórico de Bizkaia, de 14 de marzo de 2007. *BOPV de 8 de mayo de 2007.*

Convenio de colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con el Servicio Vasco de Salud – Osakidetza, y la Diputación Foral de Bizkaia para la asistencia sanitaria en las residencias de personas mayores de Bizkaia, de 14 de marzo de 2007. *BOPV de 8 de mayo de 2007.*

Normativa de otras CCAA

DOGC. Decreto 163/2002, de 11 de Julio, por el que se regula la actividad de evaluación integral ambulatoria en geriatría, cuidados paliativos y trastornos cognitivos que puede contratar el Servicio Catalán de la Salud.

Orden de 10 de octubre de 2000, de la Conselleria de Sanidad, por la que se modifica la Orden de 2 de junio de 1999 por la que se desarrollan las funciones y actividades asistenciales sociosanitarias de las Unidades Médicas de Corta Estancia en los hospitales de agudos para la mejora de la atención de los pacientes ancianos, frágiles, crónicos y terminales (programa PALET). *DOGV de 3 de enero de 2001.*

Junta de Extremadura. Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura. Plan Director 2005-2010. Junta de Extremadura, 2004.

ANEXO

CUADRO SINTÉTICO DE
OBJETIVOS E INICIATIVAS
DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL
DESARROLLO DE LA ATENCIÓN
SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES		OBJETIVOS ESPECÍFICOS			INICIATIVAS	
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	Periodo de aplicación
1. Incrementar las personas atendidas con necesidades sociosanitarias	1. Construir una imagen de valor de la atención sociosanitaria del País Vasco.	La comunicación permite tomar conciencia de la realidad y permite compartir experiencias y reflexiones, promoviendo así, la mejora de los sistemas. Es necesario que los profesionales y la sociedad vasca en general conozcan qué se hace en el ámbito sociosanitario para que lo asuman como propio, tomen conciencia de la necesidad de su implicación y mediante procesos de reflexión y crítica abiertos produzcan una mejora continua.	1. Plan anual de comunicación sociosanitaria.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmitir los parámetros básicos en cuanto a actuaciones y principios de actuación de la actividad sociosanitaria en el País Vasco. • Crear una imagen de notoriedad de la atención sociosanitaria en la CAPV. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición del Plan (target, mensajes y acciones). • Memoria de actuación sociosanitaria: <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la estructura de apartados mínimos (MAPA, principios, prioridades, difusión del conocimiento, Formación, costes, relaciones institucionales, etc). - Desarrollo de documentación y soportes varios necesarios. - Difusión. • Acciones de comunicación determinadas: prensa, jornadas, etc. 	4	2005-2008

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS		Periodo de aplicación	
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones		Prioridad
	<p>2. Fomentar la creación de un instrumento para la financiación de la cobertura pública de la atención a la dependencia.</p>	<p>El incremento de las necesidades y los nuevos cambios sociales, junto con un sistema de cobertura pública limitado, producen multitud de debates, iniciativas y propuestas orientadas a elaborar un sistema de protección social de carácter universal. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Central acaba de presentar el Libro Blanco en el que preconiza la creación de un Sistema Nacional de la Dependencia, de carácter público y universal, con igual acceso al derecho y cofinanciado por parte de los usuarios. Su modalidad jurídico-financiera podría adoptar la forma de protección universal, derivada de la condición de ciudadano, o los riesgos que deben ser protegidos mediante el seguro público, es decir, a través de una prestación del Sistema de la Seguridad Social.</p> <p>En este contexto, desde la CAPV debe analizarse los efectos potencialmente beneficiosos que podría tener dicha iniciativa, tanto para la prestación de servicios como para la financiación de la atención sociosanitaria. Por ello, es necesario determinar con detalle los principales elementos de dicha iniciativa para garantizar la eficiencia del sistema dentro del respeto máximo de los derechos e intereses de todas las partes implicadas, así como su encaje en el entramado competencial de la CAPV.</p>	<p>2. Analizar la posición de los agentes implicados, en la CAPV, en relación a los instrumentos existentes para la cobertura pública de la atención a la dependencia.</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prepararse para poder llevar una posición pro-activa en las acciones referentes a la cobertura pública de la dependencia. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recogida de la información disponible sobre las propuestas de cobertura pública de la dependencia (concepto, alternativas, impacto, etc). • Recopilación de la opinión de los diversos agentes implicados a nivel autonómico. • Valoración del nivel de conocimiento y medidas necesarias para mejorarlo. 	15	2005

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS		Periodo de aplicación	
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones		Prioridad
			<p>3. Participar en la implantación de un instrumento para la cobertura pública de la atención a la dependencia.</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar en las acciones para impulsar el desarrollo de un instrumento de cobertura pública de la dependencia. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones institucionales de consenso en la CAPV. • Participación en comisiones de trabajo estatales. • Desarrollo y presentación de propuestas. • Campañas de comunicación en los medios. • Acuerdos de colaboración. 	25	2007

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS		Periodo de aplicación	
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones		Prioridad
	3. Desarrollar y mejorar los sistemas de copago.	Todos los servicios definidos como socio-sanitarios dividen su coste en dos módulos que representen respectivamente a los servicios sanitarios y sociales prestados. El módulo sanitario es de prestación universal y su financiación corre a cargo de los poderes públicos. Sin embargo, el módulo social se financia a través de aportaciones públicas y de aportaciones de los beneficiarios. Las aportaciones deben garantizar la sostenibilidad del sistema dentro de un marco de equidad y transparencia, de acuerdo con los principios establecidos en el apartado de 3.3.3 relativo a la participación del usuario en la financiación del coste del servicio (copago).	4. Análisis de la situación actual: estudio y plan de mejora de los sistemas de copago en el País Vasco.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer el copago real existente, las deficiencias del sistema y mejorar la capacidad de financiación garantizando la equidad y la eficiencia. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recogida y explotación de la información disponible por perfiles y por servicios. • Grupos de trabajo para analizar los puntos débiles y perspectivas de mejora. • Propuestas de planes de mejora. 	10	2005
			5. Fomentar el desarrollo de servicios socio-sanitarios, ubicando en el ámbito mixto, servicios hasta ahora en el ámbito exclusivamente sanitario.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extender el ámbito socio-sanitario, de carácter mixto, facilitando así la sostenibilidad del sistema. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Priorizar los servicios socio-sanitarios desde la gestión de servicios sociales. • Determinar servicios sanitarios potencialmente ubicables en el ámbito socio-sanitario. • Acuerdos puntuales. • Regulación jurídica y ajustes presupuestarios. 	12	2005-2008

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS			
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	
	<p>4. Apoyar a la familia y a la sociedad en tanto son proveedores de cuidados.</p>	<p>La preferencia de la mayoría de las personas por permanecer en su entorno familiar y social, obliga a desarrollar mecanismos que lo faciliten. Entre dichos mecanismos se encuentra la puesta en marcha de servicios específicos de atención a los cuidadores informales (orientación, formación, apoyo, etc.) o el desarrollo de programas de apoyo a instituciones sin interés de lucro que desarrollan su labor social en este entorno. En la actualidad las Diputaciones forales tienen en funcionamiento diversos programas de ayuda a los cuidadores informales, principalmente la familia, que abarcan, entre otras prestaciones, exenciones fiscales, cursos de formación, grupos de apoyo, ayuda psicológica, atención residencial y diurna durante los fines de semana, respiro extenso y ayudas económicas (Programa Sendian y similares de las Diputaciones forales).</p>	<p>6. Programa de apoyo a la familia y a la sociedad en su participación en la provisión de cuidados.</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el apoyo del voluntariado a la familia y la sociedad en tanto son proveedores de cuidados. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación anual de actividades. • Edición de folletos de sensibilización a favor del cuidador informal y de fomento del voluntariado. • Desarrollo de campañas en medios de comunicación. • Jornadas en instituciones, asociaciones, colegios, etc. • Subvenciones y premios al voluntariado. • Acuerdos con instituciones no lucrativas. • Difusión institucional sobre la actividad anual, presentación ante el CVAS. 	<p>18</p>	<p>2005-2008</p>

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS		Periodo de aplicación	
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones		Prioridad
			7. Formación de la red informal de apoyo.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la preparación de los cuidadores informales para dar una atención de calidad, mejorar la atención de las personas susceptibles de atención sociosanitaria y reducir la carga psicológica de cuidadores y familiares. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación anual de actividades. • Edición de folletos de formación al cuidador. • Cursos de formación. • Difusión institucional sobre la actividad anual, presentación ante el CVAS. 	22	2006-2008

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS		Periodo de aplicación	
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones		Prioridad
			8. Programas de soporte a los cuidadores informales.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Incrementar los cuidados dados desde la red informal y reducir la carga psicológica de cuidadores y familiares. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ofertar servicios de apoyo psicológico, sesiones individuales, sesiones de grupo, ayuda telefónica, etc. (Programa Sendian y similares de las Diputaciones forales). Facilitar servicios de respiro flexibles. Formación de grupos de autoayuda. Difusión institucional sobre la actividad anual, presentación ante el CVAS. Planificación anual de actividades por territorio. 	13	2005-2008

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS			INICIATIVAS		
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	Periodo de aplicación
	5. Lograr un marco de relación estable con la red de provisión privada.	<p>La atención socio sanitaria se presta a través de multitud de recursos, tanto de titularidad pública como de titularidad privada por medio de conciertos y acuerdos de colaboración.</p> <p>Sin duda el papel a desarrollar por la red de provisión privada es fundamental y es deber de las administraciones proporcionar un entorno que facilite la labor de estas instituciones, a la vez que aseguran su sujeción a los parámetros de calidad exigidos.</p>	<p>9. Estudio sobre los intereses, las necesidades y oportunidades del sector privado en el marco de la atención socio sanitaria.</p> <p>10. Revisión de los sistemas de contratación con la red de provisión privada.</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer mejor al sector privado para poder mejorar las relaciones con el mismo. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer los objetivos y su alcance. • Desarrollo de un estudio. • Difusión insitucional. <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuar los sistemas de contratación a las necesidades del sector privado y a las exigencias de una atención socio sanitaria sostenible y de calidad. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer objetivos. • Acuerdos piloto. • Extensión de formulas adoptadas. 	30	2006-2008
					28	2006-2008

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS			INICIATIVAS		
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	
	6. Lograr el equilibrio interterritorial en la oferta de servicios.	Los ciudadanos vascos tienen derecho a disfrutar de un mínimo común de prestaciones, independientemente del territorio en el que se encuentren. El equilibrio interterritorial es una forma de manifestación de la solidaridad dentro de la CAPV.	11. Desarrollo del mapa anual sobre la oferta sociosanitaria.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la oferta sociosanitaria existente en la CAPV con detalle de cobertura por perfiles y cobertura territorial. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recopilación de datos. • Desarrollo del MAPA. • Difusión institucional. 	8	2005-2008
			12. Planificación del crecimiento de la oferta sociosanitaria por perfiles y por territorios.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar servicios para atender a las personas con necesidades sociosanitarias mediante la planificación conjunta y buscando el equilibrio interterritorial en la oferta de servicios. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y discusión de propuestas. • Acuerdo sobre el número de servicios sociosanitarios a dar en cada territorio y para cada perfil definido. • Establecer los sistemas organizativos y de financiación necesarios. • Aprobación. 	9	2005-2008

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS			INICIATIVAS		
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	Periodo de aplicación
	7. Incrementar el número de personas con necesidades socio sanitarias atendidas por el sistema.	En los últimos años, se ha producido un aumento significativo en las coberturas de atención, especialmente en lo que concierne a los servicios sociales. Este Plan asume la necesidad de continuar aumentando la cobertura de la atención, específicamente de la atención socio sanitaria, teniendo como fin último el de garantizar, en la medida de lo posible, que el máximo de personas necesitadas tengan la atención requerida.	13. Presentación a aprobación de consenso de los planes de crecimiento.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supeditar la planificación del crecimiento de la oferta socio sanitaria al acuerdo de las instituciones, para lograr un alto grado de consenso en las actuaciones y buscar el equilibrio interterritorial. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recogida de propuestas de planificación del crecimiento de la oferta socio sanitaria por perfiles y por territorios. • Discusión institucional. • Aprobación. 	16	2005-2008
	7. Incrementar el número de personas con necesidades socio sanitarias atendidas por el sistema.	En los últimos años, se ha producido un aumento significativo en las coberturas de atención, especialmente en lo que concierne a los servicios sociales. Este Plan asume la necesidad de continuar aumentando la cobertura de la atención, específicamente de la atención socio sanitaria, teniendo como fin último el de garantizar, en la medida de lo posible, que el máximo de personas necesitadas tengan la atención requerida.	14. Desarrollo de servicios sin coste de inversión inicial y sin período de maduración.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y priorizar la utilización de servicios que ayuden a reducir los costes y a dar una rápida respuesta a las necesidades de atención socio sanitaria, incrementando la cobertura. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir los servicios sin coste de inversión. • Difusión institucional. • Planificar objetivos por perfil y por territorio, e incluirlo en la planificación anual de la oferta. • Implantación de servicios. 	19	2006-2008

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS		Periodo de aplicación	
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones		Prioridad
2. Lograr una atención de calidad que proporcione la máxima satisfacción a usuarios y familias	8. Priorizar la atención en función de las necesidades, teniendo en cuenta el volumen y el impacto social.	A pesar del esfuerzo realizado en la CAPV para aumentar las prestaciones sociosanitarias, los recursos siguen siendo limitados respecto a las necesidades por lo que se precisa focalizar el esfuerzo en aquellas áreas donde su relación coste-beneficio va a ser mayor. Por ello, las actuaciones a desarrollar se irán centrando especialmente en aquellos colectivos más relevantes por ser colectivos muy numerosos o por requerir altos niveles de atención.	15. Priorizar los recursos destinados a personas mayores y enfermedad mental.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Priorizar la atención a personas mayores y con enfermedad mental en función de las necesidades, teniendo en cuenta el volumen y el impacto social. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer los recursos de atención necesarios. • Establecer los objetivos de cobertura y los recursos destinados con una imputación proporcional a personas mayores y personas con enfermedad mental superior a la distribución según necesidades. 	24	2005-2008
	9. Lograr la satisfacción de usuarios y familias.	Es necesario garantizar la atención sociosanitaria necesaria, dentro de los parámetros de calidad exigidos, fomentando el respeto por las preferencias individuales y la compatibilidad con el proyecto de vida de los beneficiarios. Por otra parte, se ha de facilitar que los familiares ejerzan su labor de cuidadores de la forma más adecuada y con los menores riesgos para su salud y sus proyectos vitales.	7. <i>Formación de la red informal de apoyo.</i> 8. <i>Programas de soporte a los cuidadores informales.</i>	<p>Ver <i>objetivo específico 4.</i></p> <p>Ver <i>objetivo específico 4.</i></p>		

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS			INICIATIVAS		Periodo de aplicación
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	
			16. Encuesta anual de satisfacción en la atención socio-sanitaria.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la opinión de usuarios y familiares de la atención socio-sanitaria en la CAPV para poder implantar la mejora continua. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del modelo de encuesta de satisfacción. • Aprobación del modelo. • Desarrollo de la encuesta. • Explotación de resultados. • Difusión institucional. 	29	2008
			17. Creación de órganos de participación vinculados directamente a programas o servicios concretos.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la satisfacción de usuarios y familias y lograr una atención más personalizada y más cercana a las necesidades y preferencias reales de los usuarios. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consensuar las funciones y competencias de dichos órganos. • Crear órganos de participación en todos los servicios socio-sanitarios. • Periodificar y formalizar las reuniones. • Formalizar los canales de comunicación. 	26	2005-2006

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS				
Objetivos Estratégicos Generales	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	Periodo de aplicación
<p>3. Conseguir un sistema de atención único y compartido entre las dos redes de servicios: la social y la sanitaria</p> <p>La atención sociosanitaria no es más que la confluencia de la actividad de atención que desarrollan la red social y la red sanitaria.</p> <p>Entender a la persona que recibe lo precisa este tipo de atención como el centro de la confluencia de ambos sistemas requiere desarrollar instrumentos de gestión que permitan hacerlo efectivo.</p> <p>Elementos clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un sistema de acceso único; - una cartera de servicios única; - un sistema de información compartido; - una planificación conjunta va a permitir el desarrollo de un nuevo modelo de atención sociosanitaria capaz de dar respuesta a lo que requieren las personas con necesidad de este tipo de atención. 	<p>10. Definir una cartera de servicios única.</p>	<p>Aunque en los últimos años se han producido avances en la definición de los servicios sociosanitarios, especialmente en los dirigidos a colectivos concretos como son las personas mayores o las personas con enfermedad mental, todavía hay mucho camino por andar.</p> <p>Es necesario continuar trabajando en la definición de una cartera de servicios sociosanitarios única y detallada por perfiles que incluya los parámetros básicos, niveles de atención, servicio y recursos, calidad, etc.</p>	<p>18. Definición de la cartera de servicios sociosanitaria en el País Vasco.</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar con exactitud (definición, recursos, usuarios, etc.) los servicios de atención sociosanitaria. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar forma de trabajo perfil / recurso. • Responsabilizar a un grupo de trabajo por perfil definido o por recurso. • Envío de las propuestas de cartera de servicios de cada grupo. • Trabajo de homogenización de la cartera de servicios de todos los perfiles. • Aprobación definitiva y difusión institucional. 	2	2005

CUADRO SINÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS			
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	
	11. Desarrollar servicios sociales y sanitarios para la prestación de servicios socio-sanitarios.	Continuar avanzando en el incremento de la cobertura, dentro de niveles de calidad cada vez más ambiciosos, exige continuar desarrollando servicios tanto sociales como sanitarios, incrementando el número de algunos de ellos y desarrollando otros conceptualmente, renovándolos y adaptándolos a las nuevas exigencias. Esta evolución debe hacerse desde una perspectiva global. Las políticas dirigidas a satisfacer las necesidades de las personas, tanto desde el ámbito social, como del sanitario o socio-sanitario deben contemplarse desde la transversalidad y desde la interacción recíproca.	19. Búsqueda conjunta de financiación.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unificar la acción dirigida a obtener mayores recursos para financiar las necesidades de atención socio-sanitaria. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones interinstitucionales. • Definición de objetivos y planes de acción conjuntos. • Acuerdos puntuales. • Preparación de informes y material de soporte. • Propuestas conjuntas previas a las aprobaciones de presupuestos. 	3	2005-2008

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS			
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	Periodo de aplicación
	12. Planificar conjuntamente.	La coexistencia que se produce entre necesidades de asistencia sanitaria y de asistencia social hace que sea imprescindible efectuar la planificación de ambos Sistemas desde una perspectiva global, teniendo en cuenta que las decisiones de intervención en cada uno han de influir en la demanda de servicios y en el desarrollo del otro. En este sentido y dada la idiosincrasia de la CAPV se han de añadir la multitud de interacciones que se producen fruto de la concurrencia de las distintas administraciones territoriales (Diputaciones forales y Ayuntamientos), esta situación refuerza la necesidad de la planificación conjunta.	11. Desarrollo del mapa anual sobre la oferta sociosanitaria.	Ver objetivo específico 6.		
			12. Planificación del crecimiento de la oferta sociosanitaria por perfiles y por territorios.	Ver objetivo específico 6.		
			13. Presentación a aprobación de los planes de crecimiento.	Ver objetivo específico 6.		
			19. Búsqueda conjunta de financiación.	Ver objetivo específico 11.		

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS		Periodo de aplicación	
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones		Prioridad
	13. Unificar la puerta de entrada a los servicios socio-sanitarios.	Actualmente, la puerta de entrada de las personas susceptibles de atención socio-sanitaria es heterogénea y fruto de ello la atención prestada puede ser diferente en algunos casos. Es necesario ordenar las funciones de entrada a la atención socio-sanitaria dando coherencia y fiabilidad al sistema, mediante la utilización de instrumentos de valoración y derivación únicos, en todos los territorios y para todos los usuarios.	20. Implantar un Sistema de valoración y derivación único en todos los territorios y para todos los usuarios.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unificar la puerta de entrada a los servicios socio-sanitarios. • Utilización de sistemas de valoración y derivación únicos. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contratar el sistema RAI III para el CVAS y los tres Territorios Históricos. • Formar a los equipos de valoración. • Protocolizar el sistema de valoración y el funcionamiento de los equipos de valoración. • Implantar el sistema RAI III en los tres territorios. 	1	2005
	14. Proporcionar una atención personalizada y de calidad.	La atención socio-sanitaria debe responder a altos niveles de profesionalización sustentados en programas, protocolos y guías que garanticen las actuaciones pertinentes en cada momento. Por otra parte, los profesionales deben estar concienciados de su papel y preparados y motivados para atender las necesidades socio-sanitarias de la población. Por ello, es requisito imprescindible facilitar el desempeño de su labor mediante un amplio conjunto de actuaciones.	21. Formación a los profesionales.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar los conocimientos de los profesionales vascos para poder incrementar las acciones de prevención y de detección precoz y para poder proporcionar una atención personalizada y de calidad, incrementando la motivación de los mismos. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudio de necesidades. • Planificación anual de actividades. • Edición de folletos de formación. • Cursos de formación. 	7	2005-2008

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS		Periodo de aplicación	
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones		Prioridad
			22. Adopción de protocolos de actuación.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar los niveles mínimos de calidad en la atención de forma homogénea en cualquier servicio de atención sociosanitaria. Los objetivos deben ser plausibles y asimilados por los profesionales. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de las necesidades y fijación de objetivos. • Determinar los Grupos de Trabajo. • Desarrollo de Protocolos o adopción de existentes. • Comunicación formal a todas las personas implicadas en la aplicación de cada protocolo. • Determinación de un responsable de seguimiento de cada protocolo y de la denuncia de su incumplimiento. • Revisión periódica de protocolos. 	6	2005-2008

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS			
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	
	15. Fomentar el trabajo interdisciplinar (en personas y redes de provisión).	Responder de forma adecuada a las necesidades de atención socio sanitaria implica hacerlo de forma coordinada integrando a todos los profesionales que tienen algo que aportar, integrando los servicios sociales, con los sanitarios pero también integrando los servicios primarios y generales con los especializados. El trabajo interdisciplinar facilita el desarrollo de planes de cuidados integrales que respondan a necesidades complejas y además facilita la provisión de un continuo en la atención, potenciando la coordinación dentro del sistema y la adecuación de la atención dada en cada momento a la variación en las necesidades.	23. Involucrar equipos interdisciplinares en las principales iniciativas seleccionadas: cuidadores informales, puerta única, calidad, cartera de servicios, campaña anual de comunicación de comunitaria, etc.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fomentar el trabajo interdisciplinar como medio de incrementar la calidad en la atención y la implicación de los profesionales. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudio de los posibles grupos. Determinación de miembros. Determinar funciones, periodicidad y formalización de las reuniones. 	5	2005-2008

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS			INICIATIVAS		
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	
	16. Mejorar la eficiencia con especial incidencia en el tema costes.	Los planteamientos del desarrollo socio-sanitario, presente y futuro, deben satisfacer las necesidades existentes, asegurando el máximo nivel posible de efectividad y eficiencia. Estos planteamientos requieren el conocimiento exhaustivo de las necesidades y el control detallado de los procesos de actuación de forma que estos siempre sean los adecuados y siempre se desarrollen bajo el consumo de recursos establecido.	24. Estudio de costes y recursos medios para cada elemento definido de la cartera de servicios.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el coste asociado a cada servicio para incrementar la eficiencia de gestión y mejorar los sistemas de financiación. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer los objetivos y su alcance. • Desarrollo de estudios. • Difusión institucional. 	11	2005
			25. Desarrollo directo e indirecto de los sistemas de financiación por perfiles.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de costes y adecuación del sistema de financiación a los costes reales soportados por las entidades prestadoras de servicios. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualización periódica de los estudios de costes por perfiles. • Acuerdos puntuales de compra de servicios para perfiles específicos. • Expansión de los acuerdos piloto. • Revisión periódica de puntos débiles y adaptación de los acuerdos. 	23	2006-2008

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS			INICIATIVAS		
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	Periodo de aplicación
4. Mantener el nivel de excelencia en el futuro	17. Ahondar en acciones para la prevención y detección precoz del problema.	La importancia de las actuaciones preventivas en el desarrollo de la atención socio sanitaria obliga al desarrollo de amplias medidas preventivas, de detección y de diagnóstico precoz de las necesidades. El objetivo es prevenir la aparición de necesidades de atención, al igual que prevenir el empeoramiento de las necesidades y reducir en la medida de lo posible su evolución. La prevención debe realizarse desde varios niveles: educación, prevención de situaciones de riesgo, detección y diagnóstico temprano, atención eficaz, etc.	26. Elaboración de planes de mejora de la eficiencia.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la eficiencia incrementando la calidad y los resultados con los recursos existente. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fijación de líneas estratégicas de acción por temas (recursos humanos, procesos, calidad, etc). Grupos de trabajo por líneas. Desarrollo de planes de mejora. Evaluación de resultados y difusión. 	20	2007-2008
			21. Formación a los profesionales.	Ver objetivo específico 14.		

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		INICIATIVAS		Periodo de aplicación	
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones		Prioridad
			<p>27. Desarrollo de acciones de divulgación/ información / formación para detección precoz.</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Incrementar la prevención de problemas sociosanitarios evitando posible complicaciones o mejorando la capacidad de acción, mediante campañas dirigidas a la población general. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fijación de objetivos anuales. Edición de folletos de información / formación. Desarrollo de campañas en medios de comunicación. Jornadas en instituciones, asociaciones, colegios, etc. 	21	2007-2008
			<p>28. Mejorar los canales de comunicación de los profesionales más comunitarios (Atención Primaria y Servicios Sociales de base de Ayuntamientos) con el resto del sistema y entre ellos.</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Facilitar el acceso entre profesionales mejorando las acciones de prevención y la implicación y colaboración profesional. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Formalizar los interlocutores. Formalización de los canales de comunicación. Fijación de reuniones periódicas. Elaboración de boletines informativos interinstitucionales. 	14	

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS			INICIATIVAS		
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	Periodo de aplicación
	18. Apostar por la utilización y la adaptación a las nuevas tecnologías.	La aparición continua de nuevas tecnologías disponibles varía de forma evidente el trabajo de los profesionales en todos los sectores, también en los sistemas de atención socio sanitarios. Es necesario aprovechar al máximo las oportunidades que brindan los nuevos avances tecnológicos, dotando al sistema de los instrumentos adecuados y preparando a los profesionales para su utilización.	29. Evaluación y selección de programas específicos para centros socio sanitarios y de otros avances tecnológicos.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apostar por la utilización y la adaptación a las nuevas tecnologías. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recopilar información sobre todos los programas existentes en el sector y sobre otros avances técnicos. • Evaluación y selección de los más adecuados a las necesidades vascas. • Difusión institucional. • Acuerdos institucionales con proveedores. 	27	2007-2008
	19. Compartir los sistemas de información entre todas las administraciones.	Es necesario desarrollar e impulsar de forma coordinada los sistemas de información comunes necesarios para el adecuado funcionamiento de la atención socio sanitaria en la CAPV mejorará el conocimiento, cuantitativo y cualitativo, de las necesidades y de los procedimientos de atención. La existencia de un sistema fiable de información, aplicable en toda la Comunidad Autónoma, facilitará la planificación y la atención homogénea y coherente en todo el territorio.	30. Plan de sistemas de información y comunicación socio sanitaria.	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compartir los sistemas de información entre todas las administraciones y mejorar la fluidez de la comunicación. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer los objetivos y su alcance. • Desarrollo Plan de sistemas. • Difusión institucional. • Implantación. 	17	2005-2006

CUADRO SINTÉTICO DE OBJETIVOS E INICIATIVAS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSSANITARIA EN LA CAPV

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS			INICIATIVAS		
	Enunciado	Descripción	Enunciado	Objetivos y acciones	Prioridad	Periodo de aplicación
	20. Valorar y formar tanto a los cuidadores formales como a los informales.	Conviene poner de manifiesto que, dado el importante papel que desempeñan numerosos cuidadores, formales e informales, todos los esfuerzos encaminados a facilitar su labor repercutirán directamente en el desarrollo positivo de todo el sistema, aumentando la calidad última de la atención y fomentando mayores niveles de eficiencia. Los cuidadores requieren el reconocimiento continuado de la labor que desarrollan y medidas explícitas de apoyo mediante la formación y el soporte necesario en cada momento.	7. Formación de la red informal de apoyo.	Ver objetivo específico 4.		
			8. Programas de soporte a los cuidadores informales.	Ver objetivo específico 4.		
			16. Encuesta anual de satisfacción en la atención socio sanitaria.	Ver objetivo específico 9.		
			17. Creación de órganos de participación vinculados directamente a programas o servicios concretos, no general.	Ver objetivo específico 9.		