



## **PRESENTACIÓN ANTE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS Y SOLICITUDES CIUDADANAS DEL INFORME EXTRAORDINARIO SOBRE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: UNA APROXIMACIÓN AL MARCO CONCEPTUAL Y A LOS AVANCES INTERNACIONALES Y AUTONÓMICOS**

Vitoria-Gasteiz, 15 de octubre de 2008

Señora Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos y Solicitudes Ciudadanas, señoras y señores parlamentarios. Es para mi un honor presentar ante esta Comisión de Derechos Humanos y Solicitudes Ciudadanas este informe extraordinario sobre la atención sociosanitaria.

Si todos los informes extraordinarios de la Institución del Ararteko se caracterizan por su importante contenido social, este es un informe que creo que era especialmente necesario porque aborda una cuestión clave en el ámbito de un Estado social y democrático de Derecho: la atención sociosanitaria entendida como un espacio de colaboración intensa y estructurada entre los servicios de salud y los servicios sociales.

Esto no significa necesariamente que tenga que existir un ámbito diferenciado de los dos sectores de origen –el sanitario y el social–, sino que se debe articular un procedimiento que garantice la prestación de servicios adaptados a necesidades complejas y mixtas, ajustándose en dicha prestación al principio de continuidad de acción.

Cada vez más los ciudadanos tienen simultáneamente necesidades sanitarias y sociales que deben ser abordadas de manera coordinada.

La elaboración de este informe responde fundamentalmente a dos razones:

- Primeramente, la constatación de que los límites entre ambos sistemas son muy difusos y que era necesario definir el espacio sociosanitario, necesidad reflejada en muchos de los informes extraordinarios realizados por la institución.
- Y también dar respuesta al mandato del Parlamento Vasco, en el pleno celebrado el 23 de noviembre de 2006, sobre el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco (2005-2008), a esta institución del Ararteko de elaborar un informe sobre la atención sociosanitaria.

El espacio sociosanitario es un gran desconocido del que todo el mundo habla, que ocupa cada vez más espacio en el discurso político y técnico, pero que presenta aún muchas carencias en su definición teórica y en su aplicación práctica.



El objetivo del informe es triple:

- Primeramente, estructurar, fundamentalmente sobre la base de los avances teóricos internacionales, un marco conceptual capaz de clarificar algunos elementos referenciales básicos y resolver algunas confusiones terminológicas.
- Segundo, describir la situación actual en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- Y finalmente, acercar los avances prácticos de otras experiencias autonómicas e internacionales (europeas y norteamericanas).

#### *Marco conceptual. Ámbito de la atención sociosanitaria*

Hay determinadas necesidades de los ciudadanos a las que se debe dar una respuesta integral y personalizada, que no pueden ser atendidas ni por la estructura tradicional de los servicios de salud ni de los servicios sociales, que no se adaptan bien a la naturaleza mixta de estas necesidades.

El objetivo fundamental de la atención sociosanitaria es dar respuesta a estas situaciones de necesidades complejas. Afecta especialmente a 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.

Estos grupos son principalmente:

- las personas mayores dependientes;
- las personas con enfermedades crónicas o con enfermedad mental grave cronificada;
- las personas con enfermedades en fase terminal;

Si pensamos en cualquiera de los grupos descritos podemos entender mejor cuáles son los *objetivos de la atención sociosanitaria*:

- La eficiencia de los sistemas. Es decir, responder a las necesidades de la persona usuaria adecuadamente, con el menor coste posible y manteniendo la calidad constante.
- La continuidad en la atención.

#### **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 sociosanitaria se inscriben en ese colectivo– pero también por otras razones:



- En primer lugar, porque, a pesar de que la atención sanitaria a las personas mayores ha mejorado muy notablemente en los últimos años, el envejecimiento supone, además, la aparición de problemas o dificultades físicas, psicológicas y sociales cada vez más complejas y, casi siempre, muy interrelacionadas.

Algunas características o peculiaridades de la enfermedad en las personas mayores y de la atención sanitaria requerida son:

- 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.

Un segundo elemento que lleva a considerar a las personas mayores dependientes como colectivo prioritario de la atención sociosanitaria es su mayor grado de vulnerabilidad, 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.

### **Personas en condiciones crónicas**

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.

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.

### **Personas con enfermedades en fase terminal**

En la actualidad, 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 enfermedad.

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 enfermedad, 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 tiendan a propugnar, en su articulación de los cuidados paliativos, 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.

### **Razones que explican el protagonismo actual de la atención sociosanitaria**

El protagonismo adquirido por la atención sociosanitaria es un fenómeno reciente y es, también, un fenómeno internacional.

Este protagonismo parece tener como 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.
- 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.
- 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.



## La perspectiva conceptual en el contexto de la CAPV

Hay dos modelos básicos posibles de organización de la atención sociosanitaria:

- el de coordinación sociosanitaria;
- el de creación de una red de atención sociosanitaria diferenciada de las dos redes de origen -la social y la sanitaria-.

Tanto a nivel estatal como autonómico se opta por el primero de los modelos, por lo que cuando hablamos de espacio sociosanitario en la CAPV estamos hablando de un modelo de coordinación sociosanitaria.

### *El modelo de coordinación sociosanitaria*

El modelo sociosanitario vasco es, por tanto, un modelo de coordinación y no una nueva red de asistencia sociosanitaria diferenciada de la sanitaria y la social.

Para consolidar esta coordinación sociosanitaria hay factores que la facilitan, como el establecimiento de metas y objetivos; el apoyo y compromiso institucional; una dirección y gestión eficaces; y el apoyo técnico. Y hay factores que la obstaculizan, como las diferencias organizativas, los planteamientos profesionales divergentes o la inseguridad financiera.

En efecto, hay algunos factores organizativos que facilitan la coordinación de los servicios sociales y sanitarios.

- Resulta fundamental el establecimiento de metas y objetivos claros, que entiendan y apliquen todas las organizaciones públicas y privadas y todos los profesionales que intervienen en su aplicación.
- Es necesario también un fuerte compromiso institucional, de las y los profesionales que actúan sobre el terreno, debiendo arbitrarse estrategias que garanticen la conjunción de ambos.
- Las iniciativas de coordinación de servicios requieren de una dirección y gestión eficaces 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.
- 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.
- Es necesario diseñar y aplicar sistemas de evaluación que, con carácter periódico o permanente, permitan conocer el funcionamiento y los resultados del proyecto.



Por el contrario, existen una serie de factores que obstaculizan la coordinación de servicios.

- Las diferencias organizativas básicas entre los sectores social y sanitario constituyen un freno a las iniciativas de coordinación de servicios.
- 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 la visión que los profesionales sanitarios y sociales pueden tener sobre la atención requerida.

El informe analiza distintas experiencias en las estrategias e instrumentos de coordinación, que se plantean en tres niveles:

- En el nivel estructural o estratégico se plantean distintos modelos:

- 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.

Este modelo se da en Irlanda del Norte y en Québec. También en algunas comunidades autónomas como la de Castilla y León en la que se ha unificado en una única consejería, Sanidad y Bienestar Social.

- Descentralización y delegación competencial

Algunas administraciones han optado por delegar, en relación con la atención a determinados colectivos con necesidades complejas de larga duración –en particular las personas mayores dependientes–, algunas funciones clave.

Este modelo se da en Suecia y Dinamarca.

- 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.

En estos casos se plantean diferentes experiencias de financiación con la cofinanciación de servicios por módulos, en Cataluña, presupuestos conjuntos, en Reino Unido, sistema de financiación por capitalización – abonando una cuantía mensual fija por persona usuaria atendida–, en EEUU y Canadá.

- En el nivel organizativo:



- Equipos interdisciplinarios

En el ámbito europeo, los equipos interdisciplinarios 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.

Esta experiencia ha primado en el Reino Unido.

- 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.

Se ha aplicado en Francia en el ámbito gerontológico.

- 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.

Hay modelos de ventanilla única en Italia y en Holanda.

- Co-emplazamiento de servicios

Compartir la misma sede genera mayores oportunidades y rutinas de comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos, 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.

Esta iniciativa funciona en Québec en centros locales de servicios comunitarios o en Skaevinge (Dinamarca) para personas mayores.

Hay otras experiencias como redes de atención o trabajo en red; itinerarios de atención integrada; sistemas de información y comunicación; o la figura de los “enclaves”, que consiste en la creación de puestos de trabajo social en un centro de salud o en una estructura hospitalaria.

- En el nivel de la prestación de la atención a la persona usuaria



En este nivel se plantean distintos métodos, como la evaluación conjunta de necesidades y diseño conjunto de planes de atención individual o la denominada “gestión de caso”, por lo general en el marco de cuidados de larga duración.

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.

Hay una experiencia en este sentido en Austria.

Aquí resulta capital la figura del profesional de referencia, que es un profesional clave en los traslados sociosanitarios, que gestiona las altas hospitalarias y la vuelta al medio comunitario.

\* \* \* \*

#### - El análisis de la atención sociosanitaria en la CAPV

El capítulo III del informe contiene el segundo gran bloque del estudio: el análisis de la atención sociosanitaria en la CAPV. Se incluye el marco jurídico internacional, el marco competencial en la CAPV -que pone de manifiesto el diferente tratamiento competencial en el ámbito sanitario y social- y los aspectos jurídicos conceptuales de la coordinación sociosanitaria. Analiza la evolución desde los primeros convenios interadministrativos hasta los dos principales instrumentos de referencia: 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).

Para valorar la asistencia sociosanitaria en la CAPV se ha acudido, como criterio metodológico, a constituir un grupo de trabajo con cuarenta expertos seleccionados por su conocimiento de esta materia, a los que no se atribuye un carácter representativo, pero, dada la variedad de personas y de enfoques, las conclusiones obtenidas sí son muy indicativas.

Las conclusiones básicas a las que se ha llegado son las siguientes:

- 1) Hay una valoración moderadamente negativa respecto al desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV. Los avances se consideran, en general, insuficientes y los logros inferiores tanto a las expectativas creadas como a las posibilidades y a las necesidades.
- 2) Los avances que se han producido en este ámbito no se han trasladado con claridad ni a sus destinatarios ni a los profesionales de las dos redes.



- 3) No se puede hablar de una experiencia fallida. Hay avances claros, como la adopción de una herramienta común para la valoración de la dependencia, el inicio del diálogo entre las dos redes, mayor conciencia institucional de la necesidad de intervenir en el espacio sociosanitario o la consolidación de una estructura organizativa.
- 4) Hay una valoración negativa del cumplimiento de los objetivos instrumentales básicos del Plan Estratégico para el Desarrollo del Espacio Sociosanitario (2005-2008).

No se ha avanzado de forma significativa en ninguno de los principales objetivos del plan, es decir, en relación con el establecimiento de un sistema de acceso único, una ventana de servicios única, los sistemas de información compartido y una planificación conjunta.

- 5) La ausencia de una apuesta política decidida para el desarrollo del espacio sociosanitario y la carencia de un modelo compartido y consensuado.
- 6) Escaso peso de los ayuntamientos en el desarrollo del espacio sociosanitario, lo que ha supuesto su escaso desarrollo en el ámbito de la atención comunitaria.
- 7) Se mantienen diferencias interterritoriales muy importantes en el desarrollo de los recursos sociosanitarios entre los tres territorios históricos y dentro de cada territorio histórico, dada la concentración de los recursos en las capitales.
- 8) Hay que establecer mecanismos de financiación adecuados:  
No se plantea tanto la escasez de recursos económicos como la necesidad de pactar continuamente la cofinanciación de los diversos recursos, lo que estaría lastrando en buena medida el desarrollo de la atención sociosanitaria.
- 9) Hay que reforzar, mejorar, dotar los recursos existentes, más que inventar recursos nuevos.
- 10) Hay cuatro recursos que requieren un desarrollo prioritario:
  - 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;
  - mayor desarrollo de las unidades específicas para personas mayores con necesidades sociosanitarias.
- 11) Los colectivos con especial necesidad de asistencia sociosanitaria son:
  - las personas mayores (en especial las muy mayores);
  - las personas con enfermedad mental;
  - las personas con patologías múltiples.



\* \* \* \* \*

- Análisis de experiencias de atención sociosanitaria en otras comunidades autónomas y en otros países

El capítulo IV tiene un gran interés, porque analiza experiencias de atención sociosanitaria en otras comunidades autónomas, como Cataluña, Castilla y León o Navarra, y en otros países, como Dinamarca, Finlandia, Holanda, Irlanda o Reino Unido.

En el capítulo se incluyen cuadros exhaustivos sobre cada una de estas experiencias, en los que se refleja el ámbito geográfico, la población destinataria, la intensidad de la relación, los tipos de servicio y los resultados o valoración.

Algunas de estas experiencias ya las he expuesto al tratar de las estrategias o instrumentos de coordinación.

\* \* \* \* \*

Por último, como en todos los informes de la institución del Ararteko, se incluye un capítulo de conclusiones y recomendaciones.

A diferencia de otros informes, sin embargo, este capítulo incluye algunas directrices susceptibles de contribuir a mejorar la intervención de las administraciones públicas en la construcción del espacio sociosanitario. Podemos plantear tres bloques de recomendaciones:

- a) Las relacionadas con el modelo de atención sociosanitaria.
  1. Una interpretación amplia y flexible del modelo de coordinación.  
Se aboga por la combinación de diferentes estrategias de colaboración y por establecer una gama flexible de servicios y prestaciones.
  2. Consolidación del espacio sociosanitario.  
El espacio sociosanitario vasco se ha centrado más en cuestiones estratégicas, competenciales y financieras que en la coordinación de los instrumentos de atención a las personas.  
Hay que conseguir:
    - un funcionamiento más dinámico y efectivo;
    - nuevas fórmulas en el ámbito de la organización de servicios;
    - fomento del trabajo interdisciplinar.
  3. Delimitaciones geográficas.



Los dos modelos, sanitario y social, se estructuran territorialmente de manera distinta.

A través de las modificaciones normativas en proceso se debería intentar un acercamiento de la zonificación de cada uno de los dos sistemas.

Una mayor coincidencia en la zonificación permitiría que los dos tipos de servicios fueran prestados a un mismo grupo de población.

4. Necesidad de dotaciones económicas específicas.

La atención sociosanitaria no supone un "coste cero", sino que exige dotaciones económicas específicas. Hay, por tanto, que:

- ajustar las previsiones de coste de la atención sociosanitaria;
- hacer un uso más racional de los medios ya disponibles.

5. Uso flexible de las dotaciones económicas.

Una fórmula novedosa que podría ser interesante es que las administraciones públicas competentes en ambas materias (social y sanitaria) aportasen recursos económicos a un fondo común.

Se podría plantear un proyecto piloto para llevar a cabo esta propuesta.

6. Compromiso institucional

Es esencial reforzar un compromiso profesional y político en todos los niveles: autonómico, foral y municipal, que dé cobertura a un espacio de actuación, que por hallarse en la confluencia de dos sistemas corre el riesgo de quedar insuficientemente atendido.

b) Las relacionadas con la red de recursos.

7. Prioridad a las fórmulas de atención en el contexto comunitario.

Políticas dirigidas a que, siempre que sea posible, se facilite la atención a las personas usuarias en sus domicilios, desarrollando fórmulas intermedias de cuidado, y ello con independencia de que presenten un elevado nivel de necesidades complejas y mixtas.

8. Refuerzo de las fórmulas de apoyo a la red sociofamiliar de atención.

La atención a las personas con necesidades de larga duración recae, fundamentalmente, en las familias, y más en concreto en un cuidador principal, que suele ser una mujer.

Hay que reforzar actuaciones para aliviar la carga de estas personas, por ejemplo, intensificando las ayudas a domicilio.

9. Concentración de los esfuerzos en los colectivos que presentan necesidades complejas de larga duración.

Hay colectivos que están especialmente afectados.

- los mayores en situación de dependencia;
- las personas con enfermedades crónicas;



- las personas con enfermedad mental grave crónica;
- las personas con enfermedades en fase terminal.

c) Las relacionadas con la instrumentación de la atención sociosanitaria.

10. Formas de trabajo.

Con equipos interdisciplinarios y creando estrategias de coordinación.

11. Instrumentos de trabajo.

Por ejemplo, instrumentos comunes de valoración de los ámbitos preferentes o prioritarios.

12. Proyecto piloto.

Es conveniente poner en marcha iniciativas que sirvan para testar fórmulas nuevas en el ámbito sociosanitario.

En particular podrían ensayarse fórmulas de atención intermedia y fórmulas de atención domiciliaria muy intensivas.

He tratado de exponer de una manera sucinta un informe denso y complejo en el que podrán encontrar elementos suficientes para clarificar algunos conceptos y superar algunas confusiones terminológicas en la definición del espacio sociosanitario, contrastar otras experiencias tanto autonómicas como internacionales, y además analizar la situación actual en la CAPV.

Espero haber cumplido el mandato parlamentario de elaborar este informe sobre la atención sociosanitaria y deseo que sea un instrumento útil en la configuración del denominado espacio sociosanitario.

No me queda ya más que agradecer la atención prestada y atender a las preguntas que consideren oportuno realizar.

Muchas gracias. Eskerrik asko