

# PRIORIDADES ESTRATÉGICAS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EUSKADI 2017-2020

Dos sistemas, un objetivo: las personas





# PRIORIDADES ESTRATÉGICAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EUSKADI 2017- 2020

Dos sistemas, un objetivo: las personas



Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el  
catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco:  
<http://www.euskadi.net/ejgybiblioteca>

**Edición**

1ª, enero 2018

**Tirada**

1.500 ejemplares

©

Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco  
Departamento de Salud  
Departamento de Empleo y Políticas Sociales

**Internet**

[www.euskadi.net](http://www.euskadi.net)

**Edita**

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco  
C/ Donostia-San Sebastián 1, 01010 Vitoria-Gasteiz

**Diseño y Maquetación**

Susana Aguilera

**Dirección, coordinación y elaboración**

Departamento de Salud, Gobierno Vasco  
Departamento de Empleo y Políticas Sociales

**Impresión**

Gráficas Irala

**Depósito Legal**

VI – 68/18



# ÍNDICE

---

<b>PRÓLOGO</b>	<b>pág.8</b>
----------------	--------------

---

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>pág.11</b>
Antecedentes de la atención sociosanitaria en Euskadi	pág.12

---

<b>CONTEXTO ACTUAL</b>	<b>pág.19</b>
Contexto sociodemográfico	pág.20
Contexto organizacional	pág.28

---

<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>pág.31</b>
Modelo equilibrado	pág.32
Modelo ecológico	pág.33

---

<b>MISIÓN, VISIÓN Y VALORES</b>	<b>pág.35</b>
Misión	pág.36
Visión	pág.36
Valores	pág.37

---

<b>ENFOQUE ESTRATÉGICO: PRIORIDADES SOCIOSANITARIAS</b>	<b>pág.39</b>
Prioridad 1: Estructuración sociosanitaria de la coordinación	pág.41
Prioridad 2: Estructuración sociosanitaria de los recursos	pág.43
Prioridad 3: Estructuración sociosanitaria de la atención	pág.45
Prioridad 4: Prevención sociosanitaria y participación ciudadana	pág.52
Prioridad 5: Evaluación sociosanitaria	pág.54
Prioridad 6: Innovación sociosanitaria	pág.55
Cronograma 2017 - 2020	pág.56

---

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>pág.59</b>
Normativa de ámbito autonómico	pág.60
Documentos estratégicos de ámbito autonómico	pág.61
Documentos estratégicos de ámbito estatal	pág.62
Documentos estratégicos internacionales	pág.63

---

<b>APÉNDICE</b>	<b>pág.65</b>
Contexto internacional y estatal. Tendencias	pág.66

# PRÓLOGO



La andadura institucional de la coordinación sociosanitaria en Euskadi, no es un hecho nuevo ni casual. Los más de veinte años transcurridos desde los primeros acuerdos bilaterales y territoriales firmados en el año 1996 entre las Diputaciones forales y el Departamento de Salud hasta las actuales Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2017-2020 del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, son un indicador de la evolución y experiencia que, en este campo, atesoramos en Euskadi. En estos años las Instituciones autonómicas, forales y municipales nos hemos empeñado en diseñar un marco que resuelva los problemas que nos plantea la ciudadanía en relación a ese espacio que se genera en la continuidad de la atención a las personas con necesidades simultáneas en los planos sanitario y social. Para ello ha habido que profundizar y superar barreras competenciales y de diseño de servicios, pero si ha habido en todo este recorrido un elemento que nos ha caracterizado ha sido una fuerte complicidad unida a un deseo explícito para llegar a consensos institucionales que lleven su horizonte a los problemas cotidianos de las personas.

Euskadi avanza hacia una sociedad con unos factores sociodemográficos en los que la necesidad de una buena atención sociosanitaria va a ser cada vez más manifiesta. Indicadores de excelencia como puede ser el aumento de la esperanza de vida son acompañados de otros indicadores preocupantes, relacionados con las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia y vinculadas al progresivo envejecimiento poblacional, que ya son una realidad en la actualidad, con perspectivas de crecimiento en el futuro.

Para dar respuesta a estas realidades, las actuales Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2017-2020 del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria se asientan sobre las sucesivas propuestas estratégicas que han posibilitado la construcción de un modelo de atención sociosanitaria. Desde ese modelo se propone de manera cada vez más nítida la superación en el planteamiento de la coordinación sociosanitaria como un trabajo de las instituciones, entendemos que ya suficientemente garantizado y asegurado, y la reorientación hacia un trabajo diseñado para llegar a las personas y especialmente a los colectivos diana que configuran la población con mayores necesidades sociosanitarias. Para ello ha habido una evolución conceptual en la que abandonamos el término excesivamente utilizado de espacio sociosanitario, como un espacio vacío, teórico y virtual para dotarlo de significado en torno a las personas que circulan por ese espacio. Personas concretas con necesidades concretas atendidas por profesionales que entienden a las personas como un todo y trabajan de manera conjunta para dar respuesta a esas necesidades. Esa cooperación de profesionales de ambos sistemas, hecha desde el respeto y la mutua colaboración, se hace desde la convicción, no solo vocacional sino firmemente asentada en la evidencia, de que así somos no sólo somos más fuertes sino también más eficaces.

En definitiva somos conscientes que este documento estratégico constituye una hoja de ruta cuyo horizonte, más allá de los proyectos que lo sustentan, es la construcción de un bien común que tiene como ejes la salud y los servicios sociales para el desarrollo del proyecto personal de vida para cada una de las personas, asentado en los valores de la corresponsabilidad compartida, el compromiso y la vocación de servicio y desde ahí hacemos plenamente nuestro, como Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, lo que constituye el lema de estas Prioridades Estratégicas: *Dos sistemas, un objetivo: las personas.*

---

**Jon Darpón Sierra**, Consejero de Salud de Gobierno Vasco

**Beatriz Artolazabal Albeniz**, Consejera de Empleo y Políticas Sociales de Gobierno Vasco

**Marian Olabarrieta Ibarrondo**, Diputada Foral de Servicios Sociales de la Diputación Foral Álava

**Isabel Sánchez Robles**, Diputada Foral del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral Bizkaia

**Maite Peña López**, Diputada Foral del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral Gipuzkoa

**Imanol Landa Jauregi**, Presidente de EUEDEL



# INTRODUCCIÓN

# ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EUSKADI

El devenir sociosanitario en Euskadi describe una evolución constante que se intensifica en los últimos años como consecuencia del conocimiento generado y trasferido de los años precedentes.

Tras más de **20 años** de la firma de los **primeros acuerdos marcos** entre el Departamento de Salud, Osakidetza y los Departamentos de Servicios Sociales de las Diputaciones Forales de Gipuzkoa<sup>1</sup>, Bizkaia<sup>2</sup> y Álava<sup>3</sup> para la cobertura de las necesidades sociosanitarias en los respectivos Territorios Históricos, la trayectoria de la atención sociosanitaria ha experimentado diferentes fases de desarrollo y maduración hasta llegar al documento que se presenta a continuación.

La dinámica de acercamiento iniciada en los años 90, se ve respaldada con la firma el 30 de enero de **2003** del **primer acuerdo autonómico de colaboración interinstitucional** entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa y EUDEL, para el desarrollo de la atención sociosanitaria en Euskadi.

La importancia de dicho convenio es doble: por un lado, con su firma se ratifica la voluntad de las instituciones implicadas de propiciar una atención coordinada de las necesidades sociales y sanitarias; por otro, asienta el enfoque del actual modelo de coordinación vigente, caracterizado por respetar la autonomía de gestión de las instituciones implicadas, favorecer la búsqueda de consensos y la creación de una estructura organizativa de composición paritaria que se materializa a nivel autonómico en el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria y en la figura de una o un coordinador sociosanitario y, a nivel territorial, en los Consejos Territoriales de Atención Sociosanitaria (uno por cada TTHH), sustentados en Comisiones Técnicas creadas en el seno de cada uno de los Consejos y en la figura de tres coordinadores o coordinadoras.

Dos años más tarde (**2005**), tras impulsar diversas iniciativas de índole sociosanitaria, el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria aprueba el **Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008**. En dicho plan se profundiza en el modelo de atención sociosanitaria buscando completar y afianzar las bases del mismo y dotarle de coherencia y sostenibilidad. Asimismo, se aboga por un enfoque no integrado de la atención entendiendo el sociosanitario como un espacio de encuentro y coordinación entre los servicios sanitarios y sociales y no como un espacio de integración orgánica.

---

1. Acuerdo Marco de 20 de mayo de 1996 para la colaboración entre el Departamento de Sanidad junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para la cobertura de necesidades sociosanitarias en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.

2. Acuerdo Marco del 14 de mayo de 1998 entre el Departamento de Sanidad, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y la Diputación Foral de Bizkaia para colaborar en el espacio socio-sanitario, en el Territorio Histórico de Bizkaia.

3. Acuerdo Marco de 16 de noviembre de 1998 entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y el Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, para colaborar en la cobertura de necesidades sociosanitarias en el Territorio Histórico de Álava.

A este le sucede el **Documento Marco para elaborar las Directrices de la Atención Sociosanitaria en la CAPV**, aprobado en **2011**, y que promulga la necesidad de realizar una valoración sobre el modelo vigente de atención sociosanitaria. En lo esencial mantiene la misión de la coordinación sociosanitaria así como el enfoque basado en dos sistemas coordinados, si bien incorpora nuevos elementos en el plano operativo que buscan avanzar y estrechar las relaciones de coordinación intersectorial. Asimismo, introduce la máxima de las “personas como protagonistas de su proyecto de vida”, susceptibles de recibir atención sociosanitaria pero promoviendo, por parte de las y los profesionales, la consecución del máximo nivel de autonomía.

El último hito en el camino lo constituyen las **Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013-2016** (en adelante LEASS 2013-2016), aprobadas en julio de 2013, que comparten el mismo enfoque que su predecesor y mantienen la firme apuesta de continuar con el avance de la atención sociosanitaria tanto en el plano institucional como en el plano asistencial. En este sentido, destaca su vocación pragmática y operativa perceptible en el diseño y desarrollo de proyectos de gran alcance y complejidad centrados, por ejemplo, en el impulso de los **equipos** multidisciplinares de atención sociosanitaria así como los **protocolos** de coordinación sociosanitaria, el despliegue de nuevos **instrumentos** de valoración sociosanitaria y de detección de situaciones de maltrato, el despliegue de la historia clínica (**Osabide**) en **residencias**, la elaboración de un **mapa de recursos** sociosanitarios así como el diseño y puesta en marcha de un **portal** (<http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/atencion-sociosanitaria/inicio/>) de atención sociosanitaria, o el avance en la construcción de sistemas de información y comunicación compartidos (**Historia Sociosanitaria**), entre otros.



Figura 1. Evolución normativa de la atención sociosanitaria en Euskadi  
Fuente: Elaboración propia

Estos planes y acuerdos reflejan un **fuerte compromiso** político, institucional y asistencial en materia sociosanitaria que ha propiciado **importantes progresos** en la construcción del espacio sociosanitario y la prestación de una atención coordinada de ambos sistemas.

Sin embargo, queda todavía mucho camino por recorrer, tanto a nivel institucional y asistencial como en lo referido a la participación del Tercer Sector y la ciudadanía. En este sentido, para identificar el trabajo pendiente y determinar las claves de futuro de lo sociosanitario, en julio de 2016 se realizó la Evaluación de las Líneas Estratégicas Sociosanitarias.

Entre las principales conclusiones de la evaluación, se puede constatar que las LEASS han tenido un **impacto** importante en el **tejido sociosanitario en Euskadi** en su despliegue entre 2013 y 2016.

Este impacto ha venido determinado por **la consecución de algunos hitos legislativos**, como la aprobación de la cartera de servicios de la Ley de Servicios Sociales<sup>4</sup> o el Decreto de Atención Temprana<sup>5</sup>, y también por iniciativas organizativas y de gobernanza como la creación de las comisiones sociosanitarias adscritas a las Organizaciones Sanitarias Integradas (en adelante OSI si es singular u OSIs si es plural) y sus municipios de influencia con la participación de las y los agentes sanitarios y sociales.

Este impacto se hace evidente en la presencia del discurso de atención sociosanitaria, favorecido por proyectos sistémicos como el despliegue del instrumento de valoración sociosanitaria InterRAI-CA en centros de salud y servicios sociales de base junto con otras y otros agentes de Euskadi.

Otro elemento en el que se manifiestan avances sustantivos es el grado de madurez logrado con la visión estratégica sociosanitaria. En este sentido, proyectos de gran envergadura como la cartera de servicios y prestaciones sociosanitarias, el decreto del CVASS o la consecución de una financiación estable y suficiente, han tenido que pasar por un período de aprendizaje (2013-2016), para derivar en las nuevas propuestas de Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2017-2020 (en adelante PEASS 2017-2020), más ajustadas a la realidad y con más oportunidades de éxito y de proyección futura.

Por último, en la evaluación de las LEASS cabe destacar la identificación de una cierta asimetría entre el desarrollo de los proyectos con una clara implementación *versus* aquellos vinculados al desarrollo de vías y herramientas asistenciales, que han tenido un protagonismo destacado por parte de las y los profesionales asistenciales y que, en aras de un desarrollo armónico, han sido priorizados en el conjunto de compromisos de las LEASS.

De la evaluación de las LEASS se concluye la necesidad de dar continuidad a la coordinación desde el consenso entre instituciones y la gestión compartida de casos entre ámbitos y niveles asistenciales. El objetivo de dar prioridad a proyectos de coordinación en los niveles meso y micro se plantea con el afán de dar respuesta a las necesidades sociosanitarias de la ciudadanía, eje de la priorización de proyectos sociosanitarios 2017-2020.

---

4. Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

5. Decreto 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana en la Comunidad Autónoma del País Vasco.



Figura 2. Marco de continuidad en la coordinación socio-sanitaria. Fuente: Elaboración propia

Asimismo, como apoyo a la evaluación se realizó un **análisis de las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Debilidades (DAFO)** del modelo de coordinación socio-sanitaria vigente (2013 - 2016). En el análisis DAFO se presentan las debilidades y fortalezas de una situación interna y actual, y las amenazas y oportunidades del entorno exterior y su proyección futura.

A continuación se recoge el resumen gráfico del análisis realizado y una interpretación general de los diferentes factores recogidos.

DEBILIDADES		AMENAZAS	
INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Distintas culturas y sensibilidades profesionales</li> <li>· Falta de referentes claros y falta de implicación</li> <li>· Ausencia de objetivos comunes</li> <li>· Desafíos en la gestión de casos sin tiempos de atención conjuntos definidos (rutas, procesos y agenda socio-sanitaria)</li> <li>· Falta de comunicación</li> <li>· Recursos limitados antes las necesidades socio-sanitarias crecientes</li> </ul>	EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Estructuras institucionales: poco acercamiento a criterios comunes</li> <li>· Estructura jurídica de CVASS poco ajustada y resolutive para las necesidades detectadas</li> <li>· Financiación poco definida dentro de los presupuestos</li> <li>· Oferta de la cartera limitada a los RR existentes</li> <li>· Incertidumbre asociada al ámbito socio-sanitario</li> <li>· Dificultad para articular una visión compartida</li> <li>· Resultados a largo plazo</li> <li>· Necesidad de una mayor presencia operativa de agentes estratégicos claves</li> </ul>
	FORTALEZAS		OPORTUNIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Instrumentos de valoración comunes</li> <li>· Jornadas de formación y capacitación</li> <li>· Atención centrada en la persona</li> <li>· Protocolos y equipos de atención socio-sanitaria</li> <li>· Red de agentes existente (referentes socio-sanitarios, coordinadores territoriales)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Cultura de integración emergente</li> <li>· Sistemas de información comunes (historia clínica y social compartida)</li> <li>· Visión compartida por parte de los profesionales de lo social y de salud de necesidad de cambio</li> <li>· Abordaje poblacional sistemático</li> <li>· Cultura participativa sistémica</li> <li>· Coste oportunidad del voluntariado</li> </ul>

Figura 3. Análisis DAFO. Fuente: Elaboración propia

El análisis DAFO refleja que el espacio sociosanitario en Euskadi viene condicionado por una **compleja red institucional**. De esta se deriva, por un lado, un contexto de financiación de servicios, instrumentales y finalistas, diferenciado en silos presupuestarios -y seguramente insuficiente- y, por otro, aunque estrechamente relacionado, un **limitado consenso** respecto al modelo de atención sociosanitaria y su coordinación interna. Todo lo cual, inevitablemente, tiene su consecuencia en la atención recibida por los diferentes colectivos con necesidades sociosanitarias.

En este sentido, se desea destacar la importancia de la colaboración de las organizaciones del Tercer sector, ya sea en calidad de prestadoras de servicios sociosanitarios ya sea desde su condición de valiosas impulsoras del tejido sociosanitario, como agentes clave para lograr dar una respuesta adecuada a las necesidades reales de los colectivos de atención sociosanitaria más necesitados.

Avanzar en este contexto, en el que por otro lado se vislumbran elementos positivos como una visión compartida por la base profesional y política respecto a la **necesidad de cambio** y la consolidación de una cultura de atención integrada emergente, supone apoyarse en las herramientas que ya están demostrando **progresos significativos**. Entre estas se encuentran las estructuras de coordinación operativas, los instrumentos de valoración comunes, los protocolos y equipos de atención sociosanitaria, etc., junto a otras herramientas pendientes de desarrollo como la ventanilla funcional de atención única. Son estos elementos los que, a pesar de la existencia de distintas culturas profesionales, de deficiencias en la comunicación y de recursos limitados, los que establecen las bases de una **atención conjunta centrada en las personas** que requieren una atención sanitaria y social simultánea.

Finalmente, se lleva a cabo un estudio prospectivo para conocer las principales **tendencias internacionales** y poder buscar convergencias y nuevas perspectivas de trabajo para los próximos años (para más detalle, véase Apéndice).

Concretamente, se realiza un análisis de las experiencias de diferentes países occidentales, que aportan debate y reflexión en torno a diferentes aspectos de la atención social y sanitaria. Entre las principales conclusiones se pueden destacar las siguientes:

- Muchos países han iniciado en la última década importantes procesos de reforma.
- Existe un debate continuo sobre la financiación de los servicios sanitarios y sociales.
- En general, se apuesta por una mayor coordinación/integración de estos servicios desarrollados por diferentes proveedores y proveedoras. Sin embargo, no hay un único modelo, que destaque como el más adecuado.
- No se trata de crear un tercer espacio de atención, sino de facilitar el trabajo conjunto de diferentes niveles y sectores.
- La atención integrada es resultado de un proceso complejo que necesita tiempo y que exige la posibilidad de admitir errores.
- Es más posible una atención integrada donde los provisoros y provisoras trabajan bajo una gobernanza común e incentivos impulsados por acuerdos entre organizaciones.



- La integración estructural no es suficiente (ni, a veces, necesaria) ni es el objetivo. Existe el riesgo, además, que en esa integración los servicios sociales queden subordinados a los de salud.
- Es más interesante enfocarse en la integración a nivel asistencial y local (definición clara de servicios, equipos multidisciplinares, sistemas de información conjuntos, etc.) y basarse en pilotos que permitan plantear extensiones posteriores.

Por todo ello, el documento que se presenta a continuación pretende ser un aglutinador de todas las visiones, enfoques, tendencias y experiencia sociosanitaria que, desde un enfoque basado en la atención centrada en la persona y la continuidad de cuidados de ambos sistemas coordinados, desemboque en las **Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2017-2020** que deben conducir la estrategia de gobierno en la actual legislatura 2016 -2020.



# CONTEXTO ACTUAL

# CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

La evolución demográfica<sup>6</sup> que ha experimentado la sociedad vasca en las últimas décadas, comparte tendencia con otros países de su entorno y dibuja una pirámide de población en la que se evidencian los signos del envejecimiento progresivo que afecta estructuralmente a ésta como resultado del aumento de la calidad y longevidad de la población.

Como tendencia en las últimas décadas se mantiene el aumento de la esperanza de vida (con ligeras variaciones en la esperanza de vida libre de discapacidad<sup>7</sup>), que se suma a una baja tasa de natalidad y a una elevada tasa de dependencia de la población vasca.

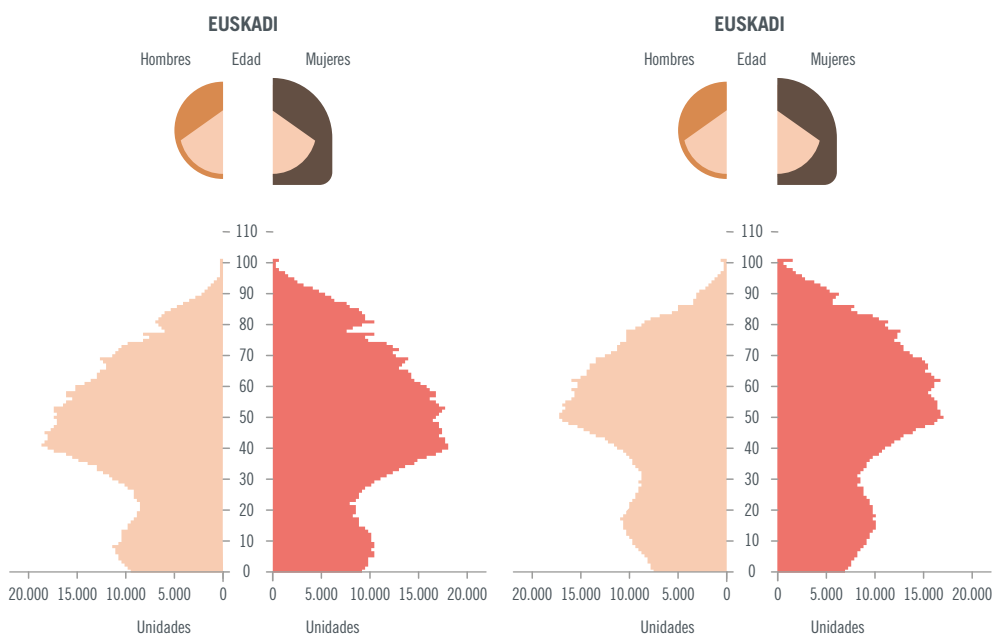


Figura 4. Pirámide de población (2017-2026)  
Fuente: EUSTAT. Indicadores demográficos. Estadística municipal de habitantes. Proyecciones de población

El total de población en Euskadi suma 2.171.836 habitantes (EUSTAT, 2016), de los cuales el 21,9% de superan los 65 años de edad y un 10,79% es mayor de 75 años (índice de sobreenvjecimiento 2016, Udalmap).

6. La información recogida en estas notas procede de diferentes fuentes secundarias de carácter cuantitativo, que ofrecen información sobre la realidad sociodemográfica de Euskadi. En particular, se ha recurrido a organismos especializados en la elaboración de estadísticas, como el Instituto Vasco de Estadística (en adelante EUSTAT) o el Instituto Nacional de Estadística (INE), así como a algunos estudios en profundidad de temáticas concretas elaborados por diferentes departamentos de Gobierno Vasco, especialmente la Encuesta de Familias y Hogares 2015 (en adelante EFH 2015) y la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (en adelante EDPS 2016), ambas del Departamento de Empleo y Políticas Sociales.

7. Según la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013), la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) en calidad de indicador sintético de la salud poblacional en el que se combina la visión aportada por los datos de la mortalidad con los de la discapacidad, ha aumentado ligeramente para ambos sexos, al igual que los años vividos con discapacidad (AVD).

Las previsiones estiman que en 2026, la población mayor de 65 años ascenderá a 26,5% del conjunto de la población vasca.

La composición de la estructura demográfica en cuanto origen de la población confirma la tendencia creciente del aumento que el porcentaje de población de origen extranjero representa en el conjunto de la población de Euskadi (8,9% en 2017)<sup>8</sup>, favorecida por un leve repunte tras unos años de ralentización asociados al contexto de crisis económica.

Estos fenómenos demográficos comportan importantes consecuencias estructurales, tanto desde el punto de vista individual, social o económico, particularmente en la atención a las necesidades sociosanitarias de la población, que se evidencian en mayor medida cuando las personas mayores de 65 años ganan peso en la estructura poblacional, alargan su esperanza de vida y añaden a esta la posibilidad de vivir algunos años de capacidad funcional limitada, en forma de dependencia y discapacidad (no siempre necesariamente vinculados a la edad).

El índice de dependencia demográfica en Euskadi en 2016 (Udalmap, 2017) muestra que la relación entre el número de personas en “edades dependientes” (de 0 a 19 años y mayores de 65 años de edad) en relación a la población en edades económicamente productivas (20-64 años) continua su crecimiento ascendente en la última década, situándose actualmente en el 65,76.

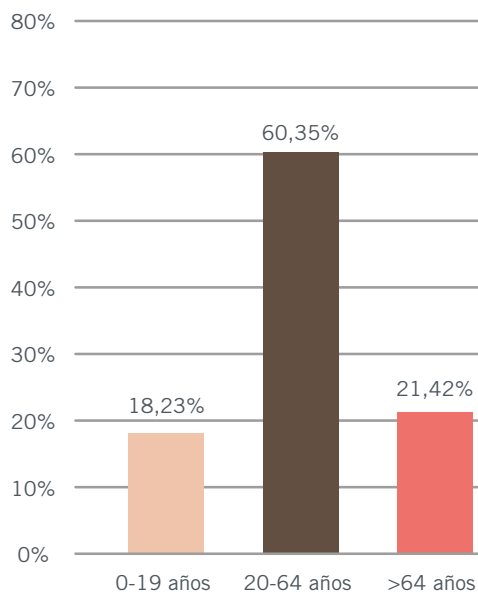


Figura 5. Porcentaje de población de Euskadi según grandes grupos de edad (a 01.01.2016)  
Fuente: Elaboración propia a partir de EUSTAT, 2016

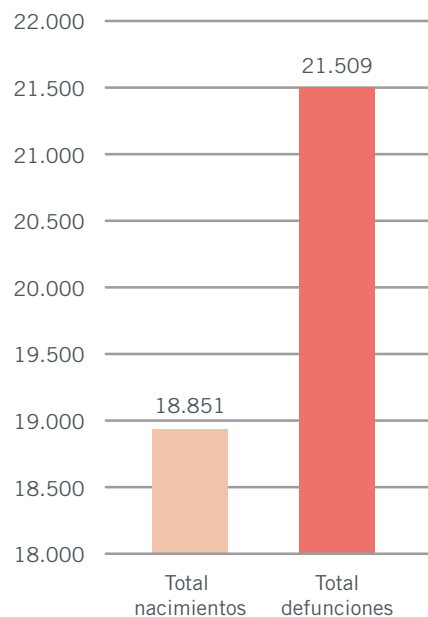


Figura 6. Nacimientos y defunciones (en miles), a fecha de 2015  
Fuente: Elaboración propia a partir de EUSTAT, 2016

8. En 2015 se inicia una fase de recuperación con la llegada de flujos migratorios a Euskadi, consolidándose el aumento de población procedente de países latinoamericanos, mayoritariamente mujeres.

La tasa de reposición (o de remplazo poblacional) se ve afectada en Euskadi por la longevidad de las poblaciones. En 2015 la esperanza de vida, según datos del INE, se situaba en 80,12 años en varones y en 85,9 años en mujeres. Este factor combinado con una baja tasa de natalidad (8,7‰ nacimientos, EUSTAT 2015), la actual tasa de mortalidad (9,9‰ defunciones, EUSTAT 2015), un saldo vegetativo de la población negativo en 2017 y un Índice Sintético de Fecundidad (1,37 hijos/as por mujer en 2016), dificulta el remplazo poblacional, habitualmente garantizado a partir de los 2,1 hijos por mujer. El dato favorable a contraponer es que el saldo migratorio es positivo y va en aumento, ya que en 2015 vinieron a Euskadi 3.362 personas más de las que se fueron y en 2016 esa diferencia se incrementó hasta 8.871 personas (EUSTAT).

Entre las importantes transformaciones sociodemográficas que experimenta la sociedad vasca en las últimas décadas destacan las variaciones en las estructuras de los hogares y los modelos y roles familiares, que se asocian no solo a bajas tasas de fecundidad sino también a cambios que afectan a la disminución del número de personas que componen los diferentes núcleos familiares. Actualmente el tamaño medio de los núcleos familiares en Euskadi, en los que el modelo tradicional constituido por ambos progenitores con hijos o hijas pierde hegemonía como estructura familiar, se sitúa en 2,54 personas (EUSTAT, 2011).

El análisis de los datos respecto a la formación de los núcleos familiares, sus dimensiones y número de descendientes muestra la consolidación del alto número de parejas sin hijos o hijas (42%) frente al 53% de parejas que tienen hijos o hijas (datos del INE para el 2016).

Además, en la composición de las estructuras familiares crece ligeramente el número de familias unipersonales, que constituyen el 25,6% del total de familias en Euskadi (EUSTAT, 2016).

El impacto del proceso de envejecimiento se hace presente en los hogares vascos, en los que la edad media de las personas de referencia se eleva a los 55,5 años de edad<sup>9</sup>.

El análisis de los hogares unipersonales, de acuerdo a las variables sexo y edad evidencia un perfil diferenciado de las personas que viven solas: entre las personas menores de 65 años el 57,26% son varones frente al 42,7% de mujeres. Más allá de los 65 años son las mujeres las que viven solas de forma mayoritaria: 74,5%.

La edad media de los hogares unipersonales en 2015 se sitúa en los 61 años (EFH 2015), solo superada por los 67,3 años de quienes forman parte de familias nucleares con hijos o hijas (dependientes o no dependientes).

---

9. En la Encuesta de Familias y Hogares 2015 (Departamento de Empleo y Políticas Sociales) se contempla como personas de referencia (o principales) a las así señaladas en el hogar más su cónyuge o pareja. Las mujeres son en el 54,2% de los casos las personas de referencia de los hogares en Euskadi.

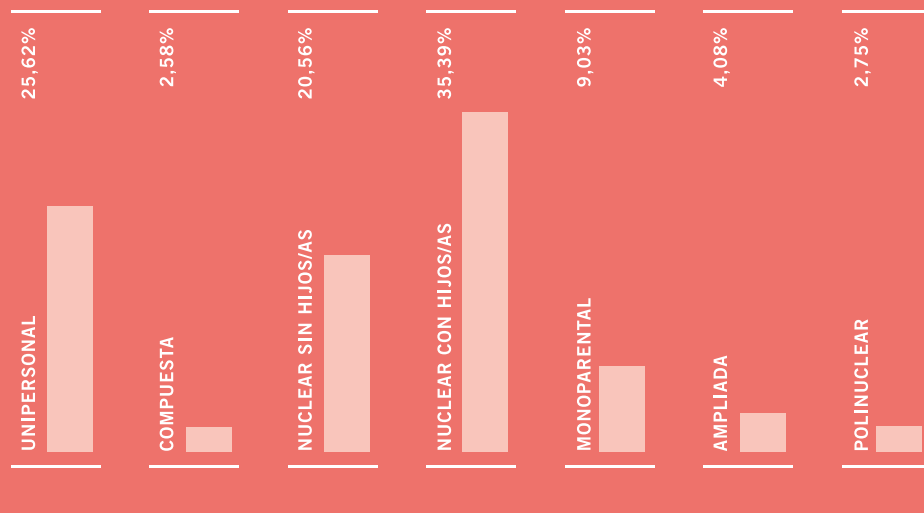


Figura 7. Familias por tipo y tamaño medio (en porcentaje), 2011  
Fuente: Actualizado a 26 de Febrero de 2016, Eustat, Encuesta demográfica, 2011

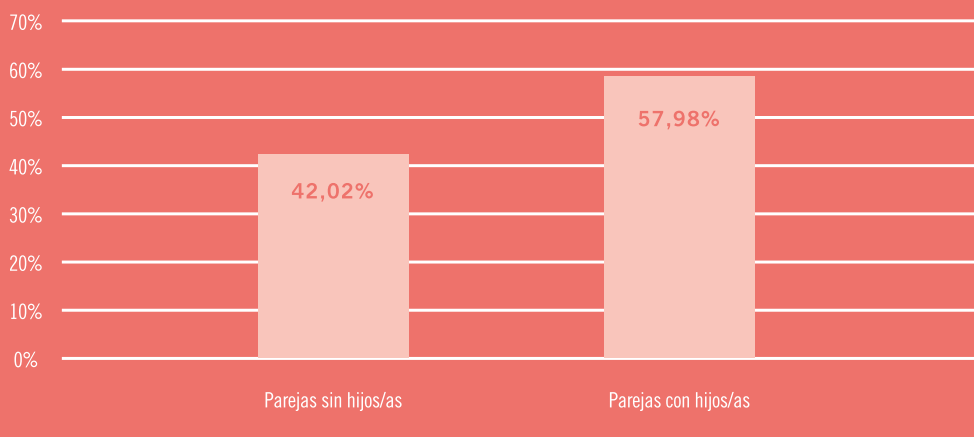


Figura 8. Descendencia en las parejas (en porcentaje)  
Fuente: Encuesta Continua de Hogares (ECH), INE, 2016

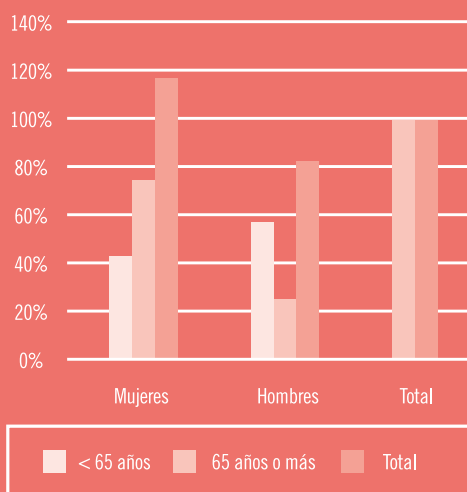


Figura 9. Hogares unipersonales según edad y sexo  
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Continua de Hogares (INE, 2016)

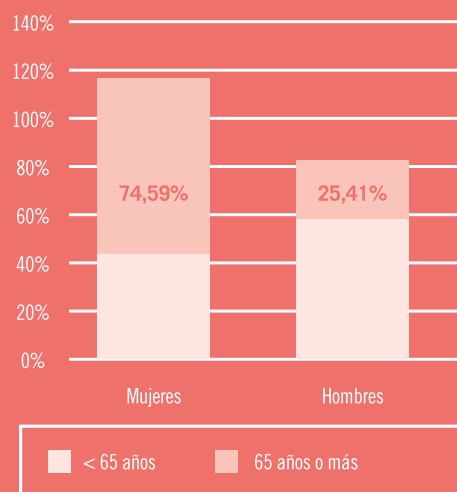


Figura 10. Hogares unipersonales según edad y sexo (porcentaje de hogares unipersonales)  
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Continua de Hogares (INE, 2016)

En lo que respecta a datos relativos a la atención a la dependencia en Euskadi, en los últimos años se detecta un progresivo aumento tanto del número de solicitudes registradas como en el número de resoluciones y personas beneficiarias de las ayudas proporcionadas en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Estas cifras apuntan a un ligero crecimiento en el número de personas beneficiarias de las ayudas a la dependencias a consecuencia de falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental (ya sea a consecuencia de la edad, por enfermedad, discapacidad u otros factores) y que son causa de una situación de dependencia permanente y motivo de necesidad de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD como, por ejemplo, el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas, entre otras).

La esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) para las actividades de la vida diaria es el indicador más pertinente para realizar una estimación de los años que la población vasca vive en situación de dependencia. Los datos de la Encuesta de Salud (ESCAV 2013) informan de una mayor prevalencia de discapacidad entre las mujeres, que aumenta con la edad y afecta, superados los 75 años, al 36% de las mujeres frente al 22% de varones de la misma edad. De acuerdo con datos publicados por el Imsero (2015), el porcentaje de personas que en Euskadi cuenta con una valoración de discapacidad igual o superior al 33% es del 6,07% en varones y del 5,9% en mujeres.

El número de solicitudes de algún tipo de ayuda y asistencia para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria aceptadas, según datos de Imsero a fecha de abril de 2017, se eleva al 97,21% del total de solicitudes registradas. Estas ayudas benefician a un 2,62% de la población vasca, situándose el ratio de prestaciones por persona beneficiaria en 1,24.

En cuanto al grado de dependencia de las resoluciones, en Euskadi se produce una distribución bastante homogénea respecto a los perfiles sin grado de dependencia o con grados 1, 2 o 3 (figura 12).

El análisis de la distribución de prestaciones evidencia, de forma mayoritaria, que estas se destinan a proporcionar apoyo a los cuidados familiares<sup>10</sup> en el 45% de los casos. La atención residencial (17%), la ayuda en el domicilio<sup>11</sup> (9%), los cuidados en centros de día y/o noche (10%) o la teleasistencia (9%) concentran el 45% restante de los apoyos financiados con las ayudas para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

---

10. La prestación económica vinculada a cuidados familiares es aquella cantidad de dinero de carácter periódico que se reconoce excepcionalmente cuando la persona beneficiaria es atendida por su entorno familiar.

11. Se entiende por ayuda a domicilio la prestación económica destinada a financiar el conjunto de atenciones y cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, técnico y doméstico que pueden tener un carácter preventivo, asistencial/rehabilitador destinadas a familias y personas con dificultades para procurarse su bienestar físico, social y psicológico, proporcionándoles la posibilidad de continuar en su entorno habitual.



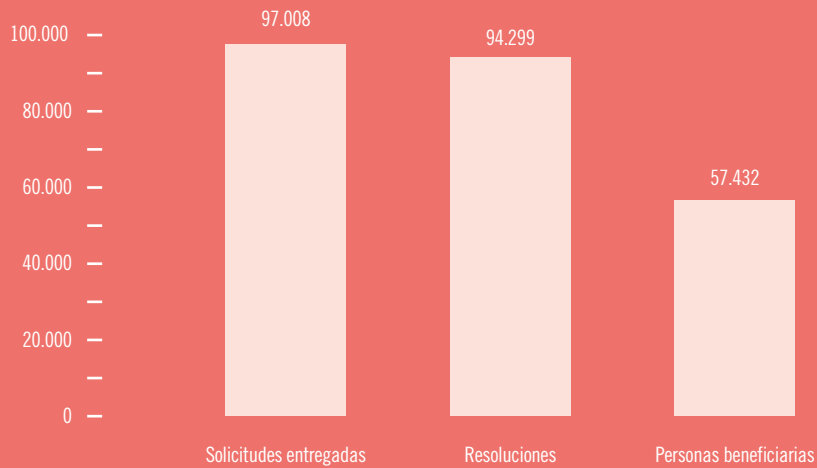


Figura 11. Atención a la dependencia en Euskadi (2017)  
 Fuente: Elaboración propia a partir de la información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Imsero, a fecha de 30.04.2017)

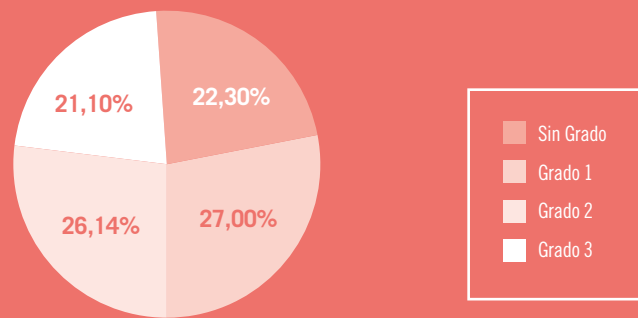


Figura 12. Porcentaje de resoluciones según grado de dependencia en Euskadi (2017)  
 Fuente: Elaboración propia a partir de la información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Imsero, a fecha de 30.04.2017)

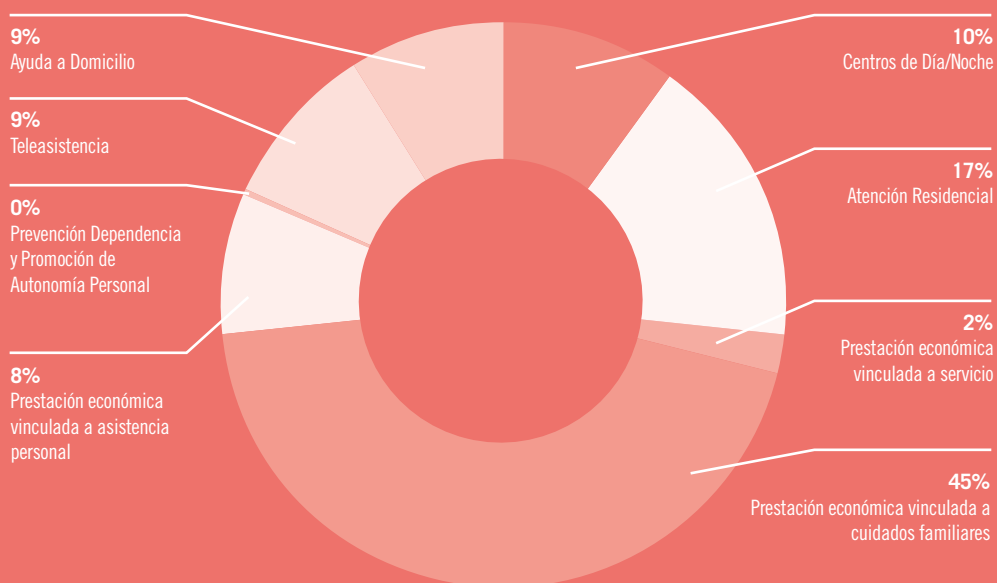


Figura 13. Distribución de prestaciones en materia de dependencia en Euskadi (2017)  
 Fuente: Elaboración propia a partir de la información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Imsero), a fecha de 30.04.2017

En lo que se refiere al perfil de salud de la población, la prevalencia de enfermedades crónicas aumenta con la esperanza de vida y crece con la edad en ambos sexos, siendo ligeramente superior entre la población femenina (figura 14).

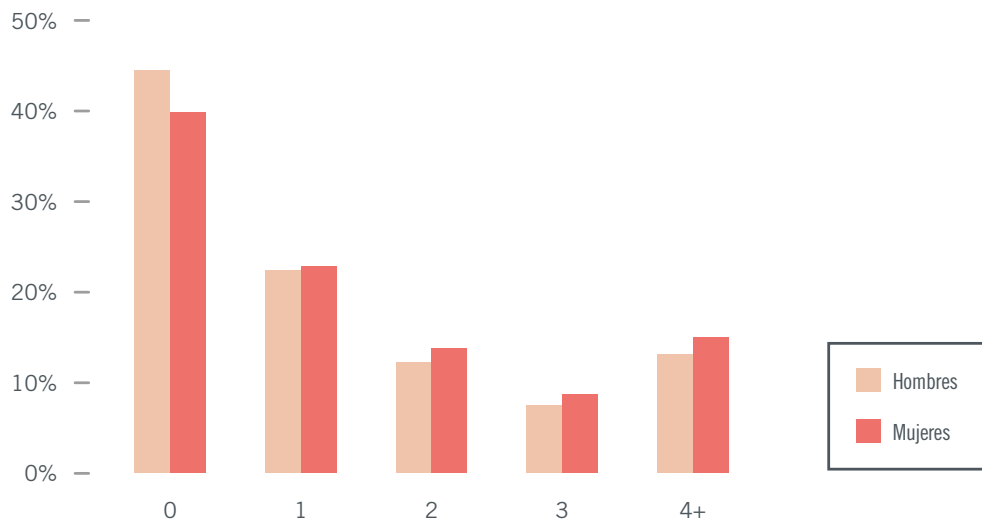


Figura 14. Distribución de la población de la CAPV según el número de patologías crónicas (2015)  
Fuente: Base de datos de estratificación de Euskadi, Osakidetza (Periodo 01.09.2014-31.08.2015)

En ambos sexos, a partir de los 45 años la posibilidad de padecer al menos una patología crónica es del 50%. La prevalencia de padecer una o más patologías crónicas aumenta con la edad y a partir de los 75 años de edad, el 90% de la población vasca presenta al menos una enfermedad crónica (figura 15).<sup>12</sup>

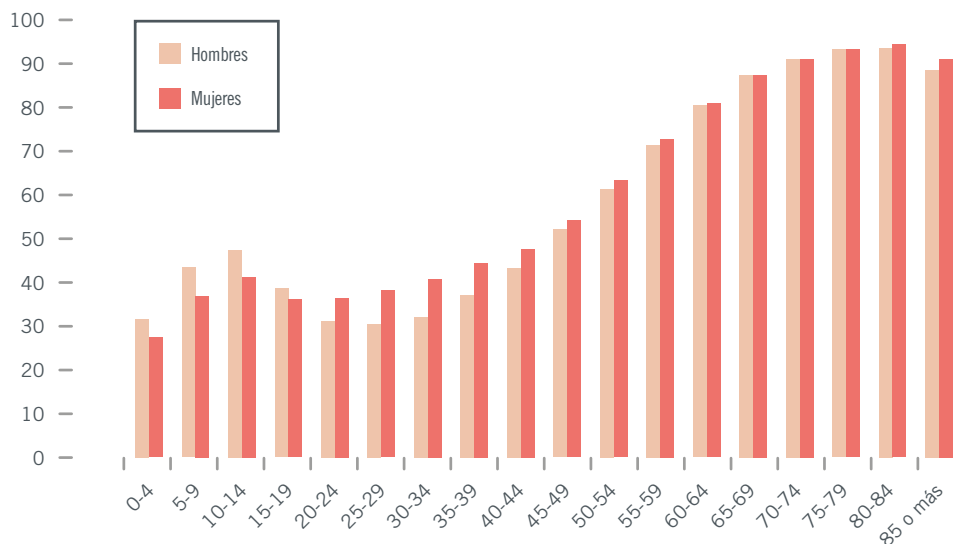


Figura 15. Prevalencia de personas con patología crónica por grupos de edad (2015)  
Fuente: Base de datos de la estratificación de la CAPV, Osakidetza (Periodo 01.09.2014-31.08.2015)

12. Los cambios realizados en los criterios de estratificación provocan un aumento del dato correspondiente a la prevalencia de personas con patologías crónicas respecto a datos procedentes de estratificaciones realizadas en períodos anteriores. Esto se debe fundamentalmente a la actual consideración de los diagnósticos de episodios abiertos, aunque no se haya producido actividad en los mismos durante el último año.

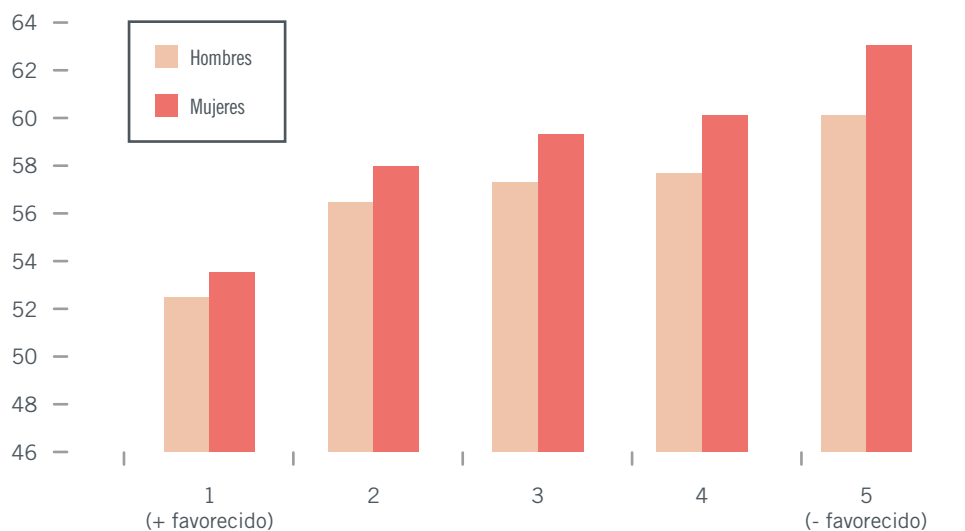


Figura 16. Prevalencia de patologías crónicas por quintil socioeconómico. Porcentajes estandarizados por edad (2015)

Fuente: Base de datos de la estratificación de la CAPV, Osakidetza (Periodo 01.09.2014-31.08.2015)

\*Nota: El 5 representa el nivel socioeconómico más bajo

La Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 13) evidenciaba en 2013 el peso de los determinantes sociales para la salud y la calidad de vida y la influencia de aspectos como la clase social o el nivel de estudios en la percepción del estado de salud de las personas.

Los datos de prevalencia de enfermedades crónicas de acuerdo al quintil socioeconómico muestran la incidencia de los determinantes sociales para la salud de las personas. De acuerdo a datos recientes obtenidos de la Base de datos de estratificación (Osakidetza, 2015) en Euskadi se confirma la fuerte relación existente entre patologías crónicas, nivel socioeconómico desfavorecido y sexo: a más edad y peores condiciones socioeconómicas, mayor patología crónica, especialmente en el caso de las mujeres (figura 16).

El escenario demográfico a futuro plantea un importante desafío para la atención sociosanitaria en Euskadi a consecuencia del progresivo aumento de la esperanza de vida de una estructura de población de edad avanzada que, además, se ve afectada por al menos una patología crónica superados los 45 años y que, a medida que suma años de vida incorpora a estos discapacidad y dependencia. A estos factores se suman otros condicionantes como los nuevos modelos y roles familiares, que introducen cambios en la tradicional provisión de cuidados en el entorno familiar en el País Vasco.

En definitiva, la atención sociosanitaria de la población vasca implica dar respuesta a las necesidades que se identifican en los diferentes ámbitos y grupos de población, especialmente en los colectivos diana, ya sea desde la definición de políticas preventivas, ya sea en la intervención directa sobre los condicionantes sociales del bienestar y salud de la población.

# CONTEXTO ORGANIZACIONAL

La complejidad de los sistemas social y sanitario pone de manifiesto la dificultad de la coordinación sociosanitaria en todos los planos. En el plano institucional se relacionan: los tres gobiernos forales, con competencias en materia de políticas sociales; el Gobierno Vasco, con competencias en la planificación y prestación de políticas sociales y en la planificación, prestación y diseño de políticas sanitarias; y los 251 ayuntamientos vascos representados por EUDEL, que constituyen la puerta de entrada al sistema de servicios sociales en Euskadi.

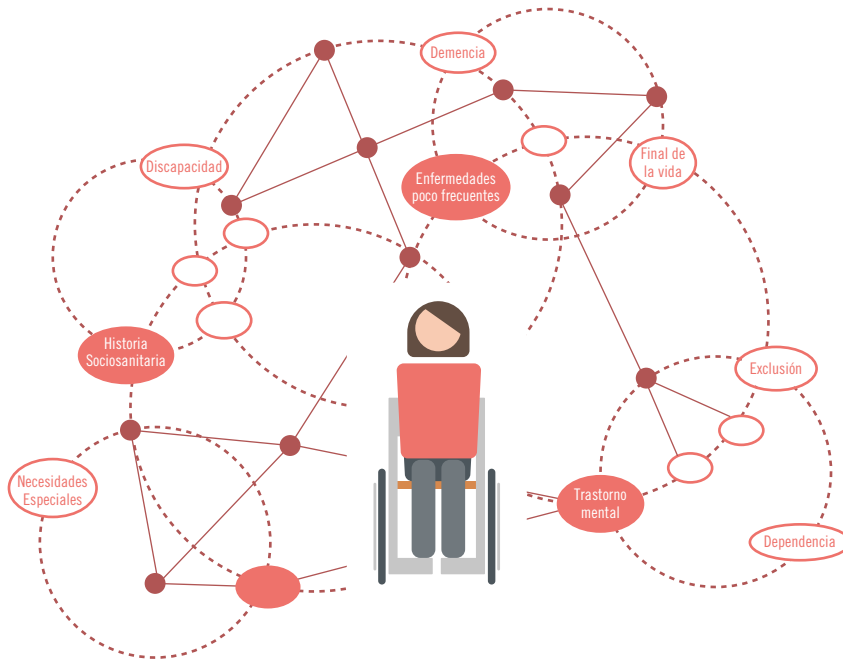


Figura 18. Mapa institucional de la coordinación sociosanitaria de Euskadi  
Fuente: Elaboración propia

La base normativa de la atención sociosanitaria se sustenta en las siguientes leyes: la Ley 27/1983, de 25 de noviembre, que regula las relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos, la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, completada con la reciente aprobación del Decreto 185/2015, de 6 de octubre, que regula los criterios, requisitos y procedimientos de acceso a la cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales y la Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones Locales de Euskadi, así como el Decreto de 69/2011, de 5 de abril, del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria y la Ley 6/2016, de 12 de mayo, del Tercer Sector Social de Euskadi.

A la heterogeneidad competencial de las y los diferentes agentes públicos que intervienen en la atención sociosanitaria ha de sumarse la dispar trayectoria de los sistemas social y sanitario, ya sea en el plano organizativo (en lo social podría hablarse de un “sistema de sistemas”), ya sea en el carácter de los recursos y en la diferente “edad de los sistemas”. El reciente despliegue de la cartera de servicios sociales pone de manifiesto, además, la complejidad coyuntural que rodea a la coordinación entre sistemas cuando el ámbito social se encuentra sometido a un proceso de articulación interna.

En este punto, es necesario hacer una mención explícita al protagonismo y vitalidad de las redes y organizaciones del Tercer sector, como agentes prestadoras y también impulsoras de todo el tejido sociosanitario. La colaboración con ellas es la que frecuentemente hace posible la labor de cercanía y ajuste a las necesidades reales de los colectivos más necesitados de la atención propiamente sociosanitaria. Tener en cuenta su opinión e influencia es clave para que las instituciones puedan hacer una lectura correcta de dichas necesidades.



**Marco institucional complejo**, en el que el **consenso** entre agentes de los diferentes ámbitos y niveles asistenciales es la **base para proporcionar la atención sociosanitaria coordinada**

Figura 19. Coordinación sociosanitaria, un paradigma complejo  
Fuente: Elaboración propia



# JUSTIFICACIÓN

A la vista de los antecedentes, contextualización y desarrollo del marco sociosanitario en Euskadi, se proponen algunos planteamientos de enfoque que deben orientar las actuaciones futuras.

Estas acciones futuras pretenden conjugarse en base a dos modelos que permiten comprender la compleja realidad del espacio sociosanitario caracterizado por su naturaleza plurinstitucional, multidisciplinar y, paradójicamente, integral en su *modus operandi* a efectos de dar respuesta a las necesidades sociosanitarias de las personas.

## MODELO EQUILIBRADO

La atención sociosanitaria es un ejercicio asistencial que implementa, en las necesidades sociosanitarias de las personas, soluciones que tienen su origen en los diversos marcos competenciales y que se vuelven operativas en base a criterios de simultaneidad, coordinación y continuidad asistencial en la atención sociosanitaria.

Este ejercicio necesita de la confluencia de varios factores:

- Por una parte exige un marco institucional de fuerte consenso que favorezca una confluencia de este tipo.
- Por otra parte demanda un nivel de gestión organizativa descentralizada que permita dotar a los niveles de la atención de los recursos necesarios para las necesidades que se plantean.
- Y, además, requiere un espacio de atención específico que contacte con las necesidades sociosanitarias de las personas y sea capaz de resolverlas mediante la coordinación de los diferentes niveles de atención.

Esta conceptualización de la atención sociosanitaria determina tres niveles de actuación, respectivamente MACRO/MESO/MICRO, e idealmente debe actuar de forma equilibrada entre sus componentes.

Las anteriores aproximaciones estratégicas se han caracterizado por un predominio de las actuaciones y componentes a nivel MACRO y sin una solución de continuidad asistencial. Asimismo, y en sentido opuesto, se constata la existencia de experiencias asistenciales validadas en un nivel MICRO que no han podido ser extendidas y/o escaladas y evaluadas por falta de apoyo estratégico.

El modelo equilibrado, aprende de esta experiencia en dos sentidos:

- Priorización: La necesidad de un enfoque que priorice las acciones de forma equilibrada, en paralelo y en todos los niveles, de forma que permitan un desarrollo asentado, progresivo, simultáneo, multinivel y armónico de todos sus componentes.
- Complejidad: La priorización de las acciones se produce en un marco de complejidad derivado de las condiciones intrínsecas de la atención sociosanitaria. Una función estratégica, además de la planificación por prioridades, es detectar y facilitar la expresión de iniciativas emergentes en todos los niveles. Por ello debe estimularse un doble equilibrio que combine la planificación/ emergencia y un estilo directivo /facilitador, que implica no una actitud dogmática sino abierta a la expresión de nuevos modelos que interpreten y den respuesta a las necesidades sociosanitarias de las personas.



# MODELO ECOLÓGICO

La integración asistencial sociosanitaria no aparece como una aspiración final en las revisiones de los sistemas más avanzados en el entorno europeo. Sin embargo, es sistemática la referencia, como función nuclear, a la importancia de la prestación integrada, finalista, desde la proximidad y, por tanto, ajustada a las necesidades planteadas.

Desde este punto de vista todas aquellas estructuras y, sobre todo, funciones asistenciales que se aproximan al ecosistema en el que se mueve el individuo son certeras por efectivas, eficaces y eficientes, promoviendo la sostenibilidad global del sistema sociosanitario, y por extensión de los sistemas social y sanitario.

En consecuencia, se identifican dos elementos que van a definir este marco ecológico de desarrollo de las Prioridades Estratégicas:

- Coordinación:

La estructura de la atención sociosanitaria en todos sus niveles MACRO/MESO/MICRO se ajusta a los parámetros de la coordinación y sabe desenvolverse en los mismos.

La coordinación no aspira a la integración estructural sino a la funcional. En términos ecológicos la coordinación no busca la hibridación de los sistemas, en el que estos pierden su identidad, sino que se centra en el modelo de simbiosis, en el que las estructuras/organismos mantienen su identidad pero mejoran su capacidad operativa en un contexto de mutualidad. No obstante la coordinación no se plantea como un marco estático sino evolutivo y abierto constantemente a la búsqueda y materialización de las mejores soluciones.

- Domicilio:

El espacio domiciliario se plantea como paradigma del ecosistema propio de la atención sociosanitaria y lugar en el que se produce la confluencia virtuosa de las actuaciones que permiten preservar las condiciones y el medio en el que las personas pueden desarrollar su proyecto vital.

Estas dos características confluyentes, equilibrio y adaptación al ecosistema, obligan a enfocar la realidad sociosanitaria de forma dinámica y abierta, reinterpretando y ajustando los hechos institucionales, organizativos, profesionales y ciudadanos al contexto. Desde estas consideraciones se plantean la organización de estas Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria.



# MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

## MISIÓN

El dotar a la misión de la atención sociosanitaria de unos valores transversales a su espíritu y estrategia nos lleva a una definición más amplia formulada como:

*“El desarrollo de un modelo de atención sociosanitaria efectivo, coordinado y sostenible centrado en la persona como protagonista de su proyecto vital”.*

## VISIÓN

En una línea pragmática, y como desarrollo de la declaración de la Misión, la Visión podría definirse como:

*“La aspiración a hacer de la atención sociosanitaria un bien común para todas las personas que vivimos en Euskadi, desarrollado en un marco institucional, comprometido, consensuado y de mutua confianza”.*

# VALORES

En el proceso de consolidación de un modelo sociosanitario propio cobran vital importancia los valores que sustentan el mismo. En este sentido, en la atención sociosanitaria intervienen numerosos valores si bien destacan tres fundamentales; a saber: compromiso de los sistemas social y sanitario respecto a las necesidades sociosanitarias emergentes, vocación de servicio, de las y los profesionales prestadores de la atención sociosanitaria y corresponsabilidad, entendida como responsabilidad compartida entre las y los profesionales, agentes y ciudadanía vasca en general, situando a la persona en el centro del sistema.

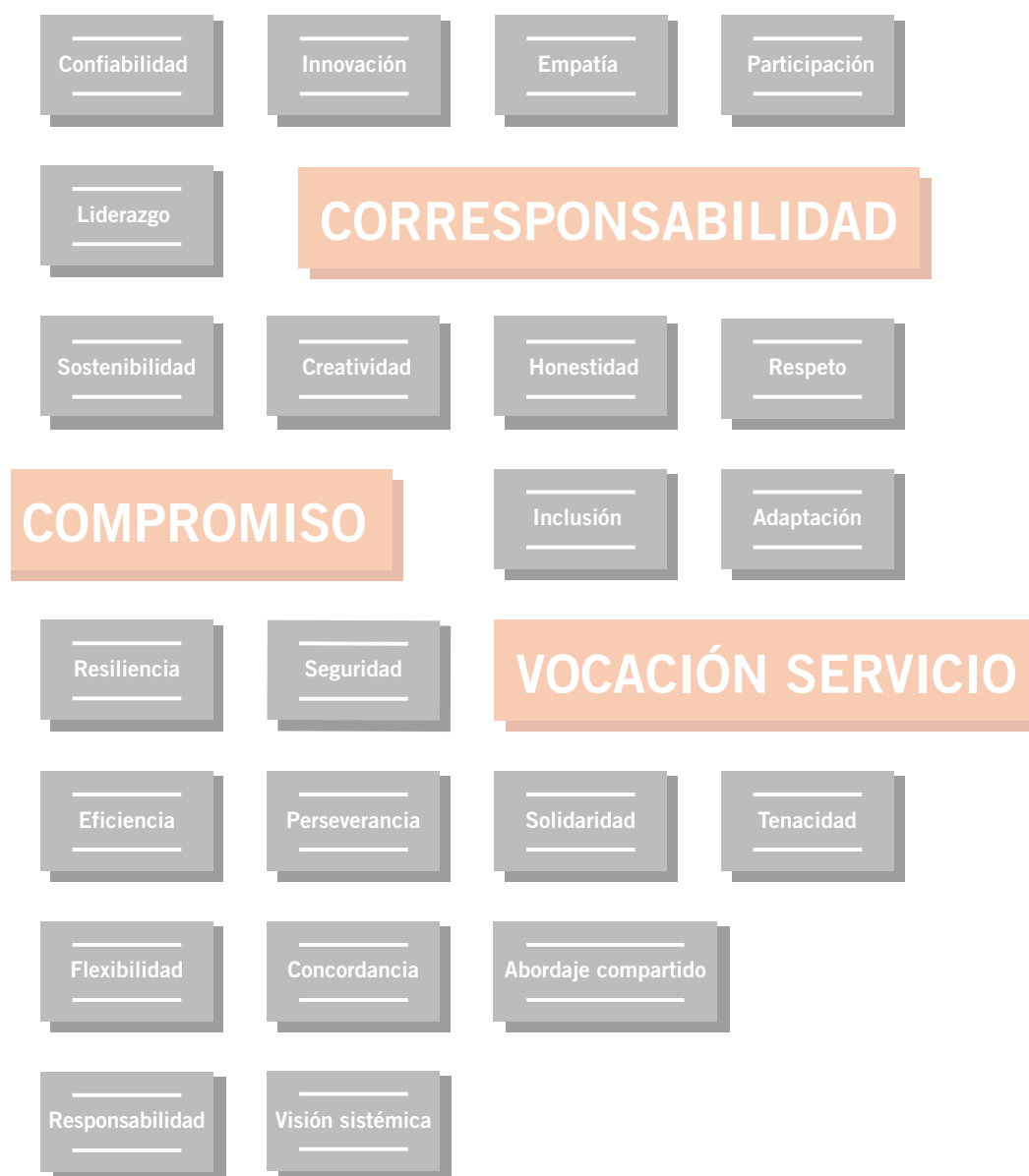


Figura 20. Mapa de valores de la atención sociosanitaria  
Fuente: Elaboración propia



# ENFOQUE ESTRATÉGICO: PRIORIDADES SOCIOSANITARIAS

Como se ha señalado anteriormente, el enfoque estratégico sociosanitario para los próximos años se presenta como un documento abierto e innovador que, fruto del aprendizaje de los años precedentes, toma la forma de prioridades o de acciones a las que de manera preferente debería orientarse la intervención para dar respuesta a las necesidades sociosanitarias de la población de Euskadi en general, y de los colectivos diana en particular.

En este sentido, se han identificado **6 Prioridades Estratégicas** relacionadas con la estructuración sociosanitaria de los recursos, la coordinación y la atención, y con la prevención, la evaluación y la innovación sociosanitaria.

PRIORIDADES Y PROYECTOS PEASS 2017-2020	
1. ESTRUCTURACIÓN SOCIOSANITARIA DE LA COORDINACIÓN	1.1. Modelo de gobernanza de la coordinación sociosanitaria
	1.2. Decreto para el desarrollo de la atención sociosanitaria para Euskadi
	1.3. Comisión sociosanitaria coordinadora de Comités de Ética de Euskadi
2. ESTRUCTURACIÓN SOCIOSANITARIA DE LOS RECURSOS	2.1. Catálogo de recursos e intervenciones sociosanitarias
	2.2. Marco de financiación sociosanitario
3. ESTRUCTURACIÓN SOCIOSANITARIA DE LA ATENCIÓN	3.1. Guía de protocolos sociosanitarios
	3.2. Despliegue de la Historia Clínica de Osakidetza en residencias
	3.3. Despliegue del instrumento de valoración sociosanitaria InterRAI-CA
	3.4. Manual para el desarrollo de las comisiones sociosanitarias
	3.5. Piloto de trabajo conjunto sociosanitario
	3.6. Historia Sociosanitaria
	3.7. Rutas asistenciales sociosanitarias por colectivo diana
	3.8. Rutas asistenciales sociosanitarias no presenciales
4. PREVENCIÓN SOCIOSANITARIA Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	4.1 Instrumento de detección de malos tratos en personas mayores
	4.2 Modelo de prevención sociosanitaria
5. EVALUACIÓN SOCIOSANITARIA	5.1. Diseño de cuadro de mando sociosanitario y encuestas
6. INNOVACIÓN SOCIOSANITARIA	6.1 Innovación y gestión del conocimiento en el ámbito sociosanitario

Figura 21. Tabla resumen de los proyectos enmarcados en las PEASS 2017-2020  
Fuente: Elaboración propia



# PRIORIDAD 1: ESTRUCTURACIÓN SOCIOSANITARIA DE LA COORDINACIÓN

La funcionalidad de la atención sociosanitaria está establecida desde hace más de 20 años, en ocasiones con acuerdos explícitos, en ocasiones como estructuras jurídicas, y en ocasiones como un hecho asistencial particular surgido de las necesidades de las personas.

En este sentido se ve como necesaria una hoja de ruta en la coordinación sociosanitaria que sirva para establecer los itinerarios y las relaciones, funcionales y estructurales entre los diversos niveles del sistema de coordinación y atención sociosanitaria. Desde la estructura directiva y ejecutiva representada por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (CVASS) hasta el nivel de la atención concreta representado por los profesionales de la atención primaria social y sanitaria.

Estructurar estos niveles en su dimensión MACRO/MESO/MICRO, dotándoles de seguridad jurídica y empoderándolos para el desarrollo de sus funciones aparece como el objetivo de esta prioridad.

Este planteamiento teórico se traslada a **tres proyectos estratégicos**. El primero de ellos, dirigido a definir un **modelo de gobernanza sociosanitario** práctico, sustentado en niveles de intervención y ejecución MACRO/MESO/MICRO y que se acompañará de un mapa de los y las profesionales referentes de cada ámbito de atención interviniente.

El segundo de los proyectos señalados culmina el anterior y lo dota de carácter normativo al centrarse en la aprobación del **Decreto para el desarrollo de la atención sociosanitaria en Euskadi**. Bajo este epígrafe, el decreto pretende formalizar el modelo de gobernanza establecido previamente y, ser un elemento aglutinador de las estructuras, recursos e instrumentos enmarcados en el espacio sociosanitario.

A esta línea de coordinación se suma otro proyecto ya iniciado como es el de formalizar jurídicamente la **Comisión sociosanitaria coordinadora de Comités de Ética** de Euskadi.

---

### 1.1. MODELO DE GOBERNANZA DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

- **Objetivos:** Determinar un modelo de gobernanza operativo para la coordinación sociosanitaria.
- **Acciones:**
  - Análisis de la actual estructura de coordinación y atención sociosanitaria y diseño de un nuevo modelo de gobernanza.
  - Definición y competencias de las estructuras sociosanitarias de coordinación y atención en todos los niveles e instituciones (Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, Consejos sociosanitarios territoriales, Comisiones sociosanitarias y Equipos de atención primaria sociosanitaria).
  - Definición de roles y competencias de las y los agentes sociosanitarios de cada ámbito e institución.
  - Proyección de un mapa de referentes sociosanitarios y sociosanitarias para el conjunto de Euskadi.
  - Presentación a grupos de interés y elaboración de propuesta de consenso.
  - Presentación y aprobación por parte del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
  - Difusión y puesta en marcha.
- **Cronograma:** Inicio 01/2018 - Fin 06/2018
- **Resultado esperado:** Modelo de gobernanza sociosanitario y Mapa de referentes sociosanitarios y sociosanitarias.

---

### 1.2. DECRETO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EUSKADI

- **Objetivos:** Consensuar, elaborar y aprobar el Decreto para el desarrollo de la atención sociosanitaria en Euskadi.
- **Acciones:**
  - Creación de un grupo de trabajo interinstitucional para la elaboración del decreto.
  - Incorporación del modelo de Gobernanza.
  - Redacción de la propuesta técnica del decreto.
  - Presentación y aprobación por parte del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
  - Validación y posterior aprobación por parte de Servicios Jurídicos de Gobierno Vasco.
- **Cronograma:** Inicio 06/2018 - Fin 06/2019
- **Resultado esperado:** Decreto para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en Euskadi.

---

### 1.3. COMISIÓN SOCIOSANITARIA COORDINADORA DE COMITÉS DE ÉTICA DE EUSKADI

- **Objetivos:** Impulsar la comisión sociosanitaria coordinadora de Comités de Ética de Euskadi en el ámbito sociosanitario.
- **Acciones:**
  - Dotar a la comisión de una estructura formal.
  - Apoyar iniciativas de la comisión en materia formativa.
- **Cronograma:** Inicio 01/2018 - Fin 12/2020
- **Resultado esperado:**
  - Formalización de la comisión mediante la fórmula jurídica que se determine.
  - Puesta en marcha de una titulación académica universitaria de ética asistencial en el ámbito sociosanitario.

# PRIORIDAD 2: ESTRUCTURACIÓN SOCIOSANITARIA DE LOS RECURSOS

La definición en la estructura de los recursos debe atenerse a algunas cuestiones previas:

- La decisión de que el espacio sociosanitario no constituya un tercer espacio diferenciado con recursos propios.
- La existencia de dos carteras de servicios y prestaciones en los ámbitos social y sanitario respectivamente.

No obstante la complejidad de la interacción sociosanitaria como actividad que proporciona “una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención”<sup>13</sup> implica la emergencia de prestaciones, interacciones, etc. que se sitúan en la intersección de dichos ámbitos y carecen de una definición que permita su ubicación y financiación.

La catalogación de estos recursos e intervenciones, propiamente sociosanitarios, y el consenso sobre su financiación finalista son los elementos que conforman los proyectos de esta prioridad.

Así, con el objetivo de abordar la necesaria estructuración de los recursos se plantean **dos proyectos clave**: por una parte la redefinición y aprobación de un **Catálogo de recursos e intervenciones sociosanitarias** y, por otra parte, la definición y consenso de un **marco de financiación** estable para los recursos sociosanitarios, en particular aquellos de carácter instrumental como la Historia Sociosanitaria, que actualmente no existe en ninguna de las dos carteras de servicios.

---

## 2.1. CATÁLOGO DE RECURSOS E INTERVENCIONES SOCIOSANITARIAS

- **Objetivos:** Consensuar, elaborar y aprobar un Catálogo de recursos e intervenciones sociosanitarias.
- **Acciones:**
  - Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la elaboración del Catálogo de recursos e intervenciones sociosanitarias.
  - Reflexión sobre la definición y alcance de los recursos sociosanitarios.
  - Delimitación de las responsabilidades institucionales y competenciales de los recursos.
  - Redacción de la propuesta técnica del Catálogo de recursos e intervenciones sociosanitarias.
  - Presentación y aprobación por parte del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
- **Cronograma:** Inicio 01/2018 - Fin 12/2018
- **Resultado esperado:** Catálogo de recursos e intervenciones sociosanitarias.

---

13. Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, artículo 46.

---

## 2.2. MARCO DE FINANCIACIÓN SOCIOSANITARIA

- **Objetivos:** Consensuar y definir un marco de financiación para los recursos sociosanitarios.
- **Acciones:**
  - Creación de un grupo de trabajo con responsables de la financiación de recursos de las instituciones implicadas.
  - Diagnóstico de los costes de la atención sociosanitaria asumidos por cada institución proveedora.
  - Establecimiento de acuerdos para la financiación de los recursos sociosanitarios.
  - Presentación y aprobación por parte del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
- **Cronograma:** Inicio 01/2018 - Fin 01/2020
- **Resultado esperado:** Documento técnico sobre el modelo de financiación sociosanitaria.

# PRIORIDAD 3: ESTRUCTURACIÓN SOCIOSANITARIA DE LA ATENCIÓN

Se puede ubicar esta prioridad como el nivel de las “personas”, por su inmediatez, por su realidad y porque su ausencia supondría la inexistencia de la atención sociosanitaria.

También es el nivel de mayor complejidad ya que en él confluyen las diversas características individuales, profesionales e institucionales que, de forma personal e intransferible, nos van a informar sobre el éxito o el fracaso en la aproximación a las necesidades sociosanitarias de las personas.

Desde el reconocimiento de la importancia de este marco de atención nos debemos acercar a los colectivos más caracterizados por sus necesidades sociosanitarias como son las personas con trastornos mentales graves, las personas en situación de exclusión, las personas en situación de desprotección, las personas en situación de dependencia, las personas con una discapacidad, las personas en situación de final de la vida, los niños y las niñas con necesidades especiales o las personas con enfermedades raras, pero también debemos acercarnos simultáneamente a los y las profesionales, a la comunicación entre las y los mismos, a sus lugares de encuentro y a las herramientas que se necesitan para crear el espacio sociosanitario.

Con este objetivo, la tercera Prioridad reúne un total de **8 proyectos estratégicos**, algunos que enmarcados en la estrategia anterior, continúan su desarrollo en la actual, y otros de nuevo planteamiento que dado su alcance y complejidad tendrán un desarrollo a lo largo de toda la legislatura. Según lo descrito, entre los proyectos enmarcados en esta prioridad se pueden distinguir: la actualización de la **guía de protocolos sociosanitarios**, el despliegue de **Osabide en residencias** y el despliegue del instrumento de valoración sociosanitaria **InterRAI-CA**. También destacan, la elaboración de un **manual para el desarrollo de las comisiones sociosanitarias**, el desarrollo de un **piloto de tiempo de trabajo conjunto socio-sanitario**, el desarrollo e implantación de la **Historia Sociosanitaria** así como el diseño de **rutas asistenciales sociosanitarias específicas para cada colectivo diana**, contemplando también las **rutas asistenciales no presenciales**.

---

### 3.1. GUÍA DE PROTOCOLOS SOCIO SANITARIOS

- **Objetivos:** Revisar, actualizar y difundir la Guía para el desarrollo de protocolos de Atención Primaria Sociosanitaria.
- **Acciones:**
  - Estudio del estado del arte de los protocolos sociosanitarios existentes y revisión conceptual de los mismos.
  - Actualización de la *Guía para el desarrollo de protocolos de Atención Primaria Sociosanitaria* (2014), de cara a facilitar la diversificación/especialización de los equipos sociosanitarios.
  - Elaboración de un mapa de protocolos sociosanitarios disponibles en Euskadi.
  - Difusión a grupos de interés del ámbito sociosanitario.
  - Presentación y aprobación por parte del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
- **Cronograma:** Inicio 10/2017 - Fin 10/2018
- **Resultado esperado:** Nueva Guía para el desarrollo de protocolos sociosanitarios y Mapa de protocolos.

---

### 3.2. DESPLIEGUE DE LA HISTORIA CLÍNICA DE OSAKIDETZA EN RESIDENCIAS

- **Objetivos:** Mantener una tasa de cobertura del 100% en la conexión a Osabide (Global/Integra) para las residencias de más de 20 camas que atienden a personas mayores y personas con discapacidad.
- **Acciones:**
  - Continuación del despliegue de Osabide (Global/Integra).
  - Firma de los convenios requeridos para la conexión.
  - Firma del consentimiento informado por parte de personas residentes.
  - Completar conexiones informáticas.
  - Formación y soporte a las y los profesionales sanitarios de las residencias.
  - Elaboración de un consenso institucional sobre la interoperabilidad de la Historia clínica de Osakidetza con los recursos de gestión clínica propios de las residencias.
- **Cronograma:** Inicio N/A<sup>14</sup> - Fin 06/2018
- **Resultado esperado:** Informe de resultados

---

### 3.3. DESPLIEGUE DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN SOCIO SANITARIA INTERRAI-CA

- **Objetivos:** Continuar con el despliegue del instrumento y mejorar su usabilidad.
- **Acciones:**
  - Programación de formaciones técnicas de capacitación.
  - Soporte técnico a las y los usuarios y referentes del instrumento.
  - Análisis de los indicadores de seguimiento y usabilidad.
  - Evaluación y difusión de resultados.
  - **Cronograma:** Inicio N/A<sup>14</sup> - Fin 12/2018
  - **Resultado esperado:** Informe de resultados.

---

14. En determinados proyectos la fecha de inicio del proyecto viene precedida por un "No Aplica (N/A)", por tratarse de proyectos continuistas respecto a la estrategia sociosanitaria anterior (*Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria 2013-2016*).

---

### 3.4. MANUAL PARA EL DESARROLLO DE LAS COMISIONES SOCIOSANITARIAS

- **Objetivos:** Aclarar el enfoque de las comisiones sociosanitarias y facilitar su desarrollo.
- **Acciones:**
  - Diagnóstico del funcionamiento de las comisiones sociosanitarias vigentes (asistentes, orden del día, acuerdos logrados, etc.).
  - Elaboración de un manual que explicita el enfoque y las funciones de las comisiones así como propuestas de trabajo en el marco de las mismas (elaboración de protocolos, ejecución de programas, definición conjunta de la hoja de ruta sociosanitaria).
  - Presentación y validación por parte de los grupos de interés.
  - Presentación y aprobación por parte del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
  - Difusión y puesta en marcha.
- **Cronograma:** Inicio 01/2018 - Fin 06/2018
- **Resultado esperado:** Manual para el desarrollo de las comisiones sociosanitarias

---

### 3.5. PILOTO DE TIEMPO DE TRABAJO CONJUNTO SOCIOSANITARIO

- **Objetivos:** Consolidar e impulsar la actividad de los equipos sociosanitarios.
- **Acciones:**
  - Avanzar en el despliegue y uso de instrumentos de valoración sociosanitaria comunes.
  - Contemplar la atención sociosanitaria en la agenda de las y los profesionales.
  - Propiciar la creación de espacios de encuentro en torno a la gestión de casos sociosanitarios.
  - Pilotar la propuesta en los tres TT.HH. para valorar el impacto sobre la atención prestada.
- **Cronograma:** Inicio 09/2017 - Fin 09/2018
- **Resultado esperado:** Informe de evaluación del impacto del tiempo sociosanitario sobre la atención prestada.

---

### 3.6. HISTORIA SOCIOSANITARIA

- **Objetivos:** Implantar la Historia sociosanitaria<sup>15</sup> en ambos sistemas.
- **Acciones:**
  - Definición y elaboración del plan funcional para el desarrollo de la Historia sociosanitaria integrada, interoperable y con información asistencial útil.
  - Presentación y aprobación por parte del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
  - Implementación del modelo de Historia sociosanitaria desarrollado en los ámbitos de atención social y sanitario.
  - Desarrollo, difusión y puesta en marcha.
- **Cronograma:** Inicio 09/2017 - Fin 01/2020
- **Resultado esperado:** Informe de diagnóstico y plan funcional de la Historia sociosanitaria. Incorporación de la Historia sociosanitaria a las plataformas de atención sociales y sanitarias.

---

15. El abordaje íntegro de este proyecto se encuentra condicionado por la existencia de fuentes de financiación específica para su desarrollo.

### 3.7. RUTAS ASISTENCIALES SOCIO SANITARIAS POR COLECTIVO DIANA

La identificación de necesidades socio sanitarias, especialmente en los colectivos diana de intervención estratégica (personas con discapacidad y/o en situación de dependencia, personas en riesgos de exclusión y desprotección, niños y niñas con necesidades especiales, personas afectadas por un trastorno mental y otros colectivos -mujeres víctimas de violencia machista, etc.-) plantea las condiciones de actuación con las personas como eje central, de modo que las respuestas se coordinen desde los sistemas de servicios sociales y de salud en base a los principios de universalidad, equidad, calidad y participación.



Figura 22. Colectivos diana de la atención socio sanitaria de Euskadi  
Fuente: Elaboración propia

#### Personas con trastornos mentales graves

Las enfermedades psiquiátricas graves presentan una serie de peculiaridades específicas como son su frecuente asociación a un estigma social que marca de forma dolorosa a quienes las padecen.

El curso de estas patologías, habitualmente crónico, lleva acompañado un nivel de discapacidad funcional importante y plantea una necesidad de recursos y dispositivos específicos que justifican un enfoque individualizado y exhaustivo de estos aspectos, que debe ser recogido en una ruta asistencial intrínsecamente socio sanitaria.

En la misma línea de estigma, exclusión, cronicidad y especificidad, los trastornos adictivos, como trastornos mentales que son, comparten esta problemática ubicada plenamente en el ámbito de las necesidades socio sanitarias propias de la salud mental.



### Personas en situación de exclusión

La exclusión social se entiende como un proceso social de pérdida de integración que es consecuencia no sólo de la falta de ingresos y el alejamiento del mercado de trabajo, sino también de un debilitamiento de los lazos sociales, de un descenso de la participación social y, por tanto, de una pérdida de derechos sociales. La situación de exclusión es un continuo que va desde los contextos denominados de riesgo hasta las circunstancias de alta exclusión caracterizadas por realidades extremas con las de *sinhogarismo*.

Esta situación actúa como un determinante de la salud relevante y debe ser contemplada como un factor a tener en cuenta dentro de un abordaje asistencial sociosanitario.

### Personas en situación de desprotección

La desprotección se encuentra vinculada fundamentalmente a situaciones de especial vulnerabilidad, presentes de forma coyuntural, como en el caso de las situaciones de exclusión, o de forma estructural o evolutiva, como en el caso de las situaciones de dependencia, discapacidad, etc.

Por tanto, será una labor importante identificar estas situaciones en las que las personas están en riesgo de que sus derechos más fundamentales no sean respetados. De una forma explícita, estas personas, se agrupan en torno a colectivos bien caracterizados como son la mujeres víctimas de violencia de género, los niños y las niñas, y las personas mayores. Todas ellas deben ser contempladas dentro de un enfoque asistencial sociosanitario integral e individualizado.

### Personas en situación de dependencia

La dependencia es un proceso dinámico, cambiante y multidimensional afectado por la interacción de factores físicos, emocionales, intelectuales, relacionales, sociales, jurídicos y económicos, entre otros.

Por ello existe una gran diversidad y heterogeneidad dentro de la población en situación de dependencia, en cuanto a su edad, causas de su situación, capacidades o las necesidades de apoyo que presentan.

En base a estos elementos es necesario un abordaje asistencial integral que contemple las situaciones más prevalentes que afectan a la dependencia, como es el caso de las enfermedades neurodegenerativas, junto con aquellos elementos relacionados con la habilitación de prestaciones y servicios a las personas en situación de dependencia, de acuerdo a los criterios sociosanitarios de simultaneidad, coordinación, estabilidad y continuidad de la atención.

### Personas con discapacidad

En la prestación de servicios en relación con la discapacidad, debe potenciarse al máximo la autonomía de las personas, tanto en el sentido de conservación y desarrollo de capacidades como de máximo control posible sobre la propia vida.

Asimismo, debe hacerse un esfuerzo por eliminar los obstáculos de todo tipo que configuran la distancia entre las capacidades consideradas normales en relación a las diversas. La eliminación de barreras físicas, la lucha contra el estigma, la integración laboral, etc. deben estar presentes en la formulación asistencial sociosanitaria.

### Personas en situación de final de la vida

La situación de final de vida es un evento que por su trascendencia vital se sustenta en un aparato asistencial complejo y básicamente sanitario, que desea preservar la dignidad de la persona y su calidad de vida. No obstante, el abordaje sociosanitario del final de vida debe complementarse con otros elementos de soporte social y espiritual.

### Niños y niñas con necesidades especiales

El desarrollo infantil es un proceso dinámico muy complejo en el que, sobre una base genética determinada, interactúan múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. La naturaleza multifacética de los trastornos del desarrollo infantil requiere un abordaje interdisciplinar especializado y debidamente coordinado entre los ámbitos sanitario, social y educativo.

### Personas con enfermedades raras

La especial atención a determinados colectivos puede encontrarse determinada por la falta de visibilidad de los mismos, a consecuencia de características como la escasa representación cuantitativa en el conjunto social, que conduce a una labor de representación casi individual frente a los poderes públicos, habitualmente con pobres resultados.

Por todo ello es necesaria una especial sensibilidad hacia colectivos con representación minoritaria como es el caso de las “Enfermedades raras” (EE.RR.) y que debe derivar en un abordaje integral de sus problemas, complejos y variados, de curso habitualmente crónico y con una deriva de necesidades sociosanitarias habitualmente no contempladas.

- **Objetivos:** Definir rutas asistenciales sociosanitarias para la atención de los diferentes colectivos diana en colaboración con las y los agentes sociales, sanitarios y comunitarios clave de modo que se proporcione una respuesta integral y coordinada a las necesidades de cada colectivo desde la continuidad de cuidados y en pro de una gestión eficiente de los recursos.
- **Acciones:**
  - Creación de grupos de trabajo con profesionales del ámbito social, sanitario y comunitario.
  - Definición de rutas asistenciales específicas para los diferentes colectivos diana sociosanitarios:
    - Personas con trastornos mentales graves
    - Personas en situación de exclusión
    - Personas en situación de desprotección
    - Personas en situación de dependencia
    - Personas con discapacidad
    - Personas en situación de final de la vida
    - Niños y niñas con necesidades especiales
    - Personas con enfermedades raras, etc.
  - Diseño de los itinerarios de atención determinando proveedores y proveedoras, su interrelación y el valor añadido esperable del proceso.
  - Consolidación de la coordinación asistencial a fin de facilitar el acceso a la atención sociosanitaria desde cualquier recurso.
  - Presentación y aprobación por parte del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
  - Difusión y puesta en marcha.
- **Cronograma:** Inicio 09/2017 - Fin 12/2020
- **Resultado esperado:** Guía de las rutas sociosanitarias para los diferentes colectivos diana.

---

### 3.8. RUTAS ASISTENCIALES SOCIO SANITARIAS NO PRESENCIALES

- **Objetivos:** Definir rutas asistenciales socio sanitarias de atención no presencial.
- **Acciones:**
  - Establecimiento de alianzas con agentes de atención no presencial:
    - Incorporación del InterRAI-CA en el cribado domiciliario de BetiOn, como instrumento de valoración de contacto.
    - Profundización de la alianza con Consejo Sanitario para su participación en las rutas asistenciales.
    - Posicionamiento de agentes no presenciales (BetiON) como recursos de coordinación integrados en los equipos de atención primaria socio sanitaria.
  - Incorporación de las personas cuidadoras a entornos digitales que permitan su interacción, en su función de cuidador o cuidadora y como autocuidado, con los equipos socio sanitarios.
  - Facilitar a la ciudadanía los trámites administrativos no presenciales en materia de atención socio sanitaria:
    - Mediante la publicación y vinculación de información y fuentes de interés en el Portal de Atención Socio sanitaria.
    - Favorecer el uso de los agentes no presenciales existentes (BetiON, Zuzenean) como puerta de entrada o facilitadores de los trámites administrativos.
  - Presentación y aprobación de las acciones por parte del Consejo Vasco de Atención Socio sanitaria.
  - Difusión y puesta en marcha.
- **Cronograma:** Inicio 01/2018 - Fin 06/2019
- **Resultado esperado:** Guía de las rutas asistenciales socio sanitarias de atención no presencial.

# PRIORIDAD 4: PREVENCIÓN SOCIOSANITARIA Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

El enfoque poblacional y preventivo en el ámbito sociosanitario aparece como requisito fundamental para superar los retos sociodemográficos que, en un futuro próximo, se visualizan como determinantes para la viabilidad de los sistemas social y sanitario tal y como actualmente se conocen.

La prevención sociosanitaria<sup>16</sup> como elemento de sostenibilidad de los sistemas social y sanitario plantea líneas de acción que conjugan la actuación de ambos sistemas en íntima conexión con el papel activo de las personas, empoderadas e implicadas, para lograr su participación y corresponsabilidad en la gestión de su presente y futuro, y la promoción de su capacitación para la generación de conocimiento y autoconocimiento en la prevención del **riesgo sociosanitario**<sup>17</sup>.

Este planteamiento está absolutamente alineado<sup>18</sup> con la visión estratégica de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas. La relación entre su dimensión 3, la consecución de una buena salud, y su dimensión 1, el fin de la pobreza, es evidente desde el modelo sociosanitario, ya que demuestra la relación entre los determinantes en salud y los resultados en salud que, entendida *como constructo bio-psico-social, no solo es la ausencia en lo individual de afecciones o enfermedades sino un estado de completo bienestar físico, mental y social*<sup>19</sup>. Este modelo evidencia la necesidad de abordajes sociosanitarios amplios y transversales para lograr un horizonte de **cohesión social, equidad, empoderamiento y sostenibilidad** como el que se propone en esta prioridad. Citando al padre del Servicio Nacional de Salud británico (NHS), Aneurin Bevan (1952)<sup>20</sup>: “*The essence of a satisfactory health service is that the rich and the poor are treated alike, that poverty is not a disability, and wealth is not advantaged.*”

Esta Prioridad estratégica concibe la prevención sociosanitaria desde la activación de intervenciones de naturaleza diversa y complementaria (económico-financieras, familiares, de ocio, comunitarias, de vivienda, en salud, por citar a algunas de ellas) determinadas como resultado de la conjugación del enfoque poblacional con un ajuste individual del perfil de riesgo. Estas actuaciones preventivas individuales, gestionadas por los sistemas social, sanitario y la propia persona, serán determinantes para la no aparición o retraso de las demandas de atención sociosanitaria.

---

16. El abordaje íntegro de este proyecto se encuentra condicionado por la existencia de fuentes de financiación específica para su desarrollo.

17. Se entiende por riesgo sociosanitario aquella situación en la que se identifican posibilidades de padecer una circunstancia vital que desencadene la aparición de necesidades sociosanitarias, temporales o crónicas, por parte de cualquier persona.

18. *Un nuevo horizonte común: la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Euskadi*. Gobierno Vasco, 2016.

19. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948.

20. “La esencia de un servicio de salud satisfactorio es que ricos y pobres son tratados del mismo modo, ya que la pobreza no es una discapacidad y la riqueza no constituye una ventaja”. Bevan, Aneurin (1952): *In place of fear*. Heinemann, Londres.

Por ello, esta Prioridad propone **intervenciones** que se incorporan de forma transversal a las políticas sociales y de salud al objeto de promover la corresponsabilidad de las personas y los sistemas en la prevención de riesgos y demandas de atención sociosanitarias del conjunto de la población, ya sea mediante el despliegue de un **instrumento para la detección de malos tratos** por parte de las y los profesionales sociosanitarios en todo Euskadi (como iniciativa procedente de las Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013-2016); ya sea mediante proyectos de nueva formulación como es el desarrollo de un **modelo de prevención sociosanitaria**.

---

#### 4.1. INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE MALOS TRATOS EN PERSONAS MAYORES

- **Objetivos:** Desplegar el instrumento de detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores al conjunto de Euskadi.
- **Acciones:**
  - Despliegue del instrumento en los tres TT.HH.
  - Seguimiento y monitorización del despliegue.
  - Impulso de acciones formativas e informativas.
- **Cronograma:** Inicio N/A<sup>21</sup> - Fin 06/2019
- **Resultado esperado:** Informe de evaluación de resultados.

---

#### 4.2. MODELO DE PREVENCIÓN SOCIOSANITARIA

- **Objetivos:** Desarrollar un modelo de prevención sociosanitaria<sup>22</sup> fundamentado en la corresponsabilidad de las personas en la exposición a factores de riesgo sociosanitarios y su participación en el desarrollo de acciones preventivas sociosanitarias.
- **Acciones:**
  - Diagnóstico de situación sobre líneas de trabajo de prevención sociosanitaria: enfoque poblacional y perspectiva individual.
  - Identificación de buenas prácticas en gestión de factores de riesgo y necesidades sociosanitarias.
  - Identificación de agentes claves para la prevención sociosanitaria.
  - Análisis de diferentes instrumentos de prevención sociosanitaria (exclusión, violencia de género, infancia, adicciones, etc.).
  - Abordaje preventivo en diferentes colectivos con necesidades sociosanitarias: de la perspectiva poblacional al diseño de intervenciones individuales.
  - Impulso de acciones formativas e informativas sobre prevención sociosanitaria, especialmente para las y los profesionales de atención primaria social y sanitaria.
  - Incorporación de competencias en prevención sociosanitaria como elemento nuclear en el desarrollo profesional de la atención sociosanitaria.
- **Cronograma:** Inicio 01/2018 - Fin 12/2019
- **Resultado esperado:** Guía de recomendaciones e intervenciones para la actuación en prevención sociosanitaria.

---

21. En determinados proyectos la fecha de inicio del proyecto viene precedida por un "No Aplica (N/A)", por tratarse de proyectos continuistas respecto a la estrategia sociosanitaria anterior (Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria 2013-2016).

22. El abordaje íntegro de este proyecto se encuentra condicionado por la existencia de fuentes de financiación específica para su desarrollo.

# PRIORIDAD 5: EVALUACIÓN SOCIOSANITARIA

La realidad de la atención sociosanitaria en la actualidad es aproximativa y se hace presente fundamentalmente a través de las observaciones que plasman los relatos de dificultades de las personas con necesidades sociosanitarias.

Con el fin de consolidar el conocimiento de esta realidad sociosanitaria y plantear medidas de mejora es necesaria una aproximación cuantitativa y cualitativa a su realidad, en base a indicadores que permitan objetivar las características de la atención así como de las necesidades sociosanitarias a las que se pretende dar una respuesta coordinada.

No obstante, las dificultades en este sentido son obvias, bien sea comenzando por la indefinición de los indicadores, bien sea atendiendo a la complejidad de acceso a fuentes y datos en un marco de trabajo interinstitucional, multinivel y multidisciplinar.

En consecuencia, atendiendo al actual escenario las oportunidades de mejora son claras y es por ello que se plantea como una prioridad fundamental el **desarrollo en un marco de conocimiento y colaboración interinstitucional y participación profesional y ciudadana**. Se fundamentará, por un lado en un **cuadro de mando**, nutrido de indicadores de seguimiento y de resultado con el objetivo de evaluar las iniciativas, proyectos y acciones que desde el ámbito sociosanitario se promueven y desarrollan, y por otro lado, en una **encuesta de satisfacción** dirigida a las personas usuarias de los recursos sociosanitarios y a los y las profesionales que las hacen posibles.

---

## 5.1. DISEÑO DE CUADRO DE MANDO SOCIOSANITARIO Y ENCUESTAS

- **Objetivos:** Definir un cuadro de mando integral de seguimiento y evaluación de la actividad sociosanitaria y una encuesta de satisfacción para las personas usuarias y profesionales del ámbito sociosanitario<sup>23</sup>.
- **Acciones:**
  - Identificación y definición de la batería de indicadores asistenciales sociosanitarios estratégicos.
  - Identificación y definición de batería de indicadores de gestión macro y meso sociosanitaria estratégicos.
  - Elección de la plataforma (software) y definición del formato de presentación de datos.
  - Identificación de las fuentes de información e informantes clave de cada sistema y carga inicial de los datos.
  - Definición de la frecuencia en la recogida de información y la periodicidad de la extracción de datos.
  - Diseño de dos encuestas, una para medir el nivel de satisfacción de las personas usuarias del espacio sociosanitario y otra para conocer la de las y los profesionales del ámbito sociosanitario.
- **Cronograma:** Inicio 01/2018 - Fin 12/2020
- **Resultado esperado:** Informe de resultados.

---

23. El abordaje íntegro de este proyecto se encuentra condicionado por la existencia de fuentes de financiación específica para su desarrollo.

# PRIORIDAD 6: INNOVACIÓN SOCIOSANITARIA

La reflexión, identificación de buenas prácticas y la transferencia del conocimiento generado constituyen acciones claves en base a las que articular las relaciones entre agentes y organizaciones que confluyen y participan del espacio sociosanitario, de modo que se aproveche el conocimiento generado por estos como actores de experiencias y generadores fundamentales de **respuestas innovadoras a los retos** que plantea la atención sociosanitaria.

En esta línea, la última de las Prioridades Estratégicas se plantea a fin de promover un **espacio de innovación** en el ámbito sociosanitario con el que estimular la **generación de conocimiento** en materia de atención sociosanitaria así como su **difusión** a todos los niveles asistenciales y ámbitos: tanto profesional como ciudadanía.

---

## 6.1. INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO SOCIOSANITARIO

- **Objetivos:** Propiciar la innovación y reflexión en el ámbito de la atención sociosanitaria coordinada en Euskadi<sup>24</sup>.
- **Acciones:**
  - Promoción de espacio de innovación y reflexión sociosanitaria.
  - Identificación de buenas prácticas y difusión a través del portal sociosanitario (Ejemplo: Boletín trimestral noticias).
  - Análisis de tendencias nacional e internacional en innovación organizativa sociosanitaria.
  - Promoción y desarrollo de modelos innovadores de la atención sociosanitaria.
  - Apoyo técnico y enfoque estratégico sociosanitario a iniciativas promovidas por el sistema sanitario y/o social.
  - Publicación de artículos y/o comunicaciones científicas (en revistas de interés, IFIC y otros).
- **Cronograma:** Inicio 09/2017 - Fin 12/2020
- **Resultado esperado:** Organización de jornada anual; asistencia a foros de interés; publicación de artículos y comunicaciones científicas.

---

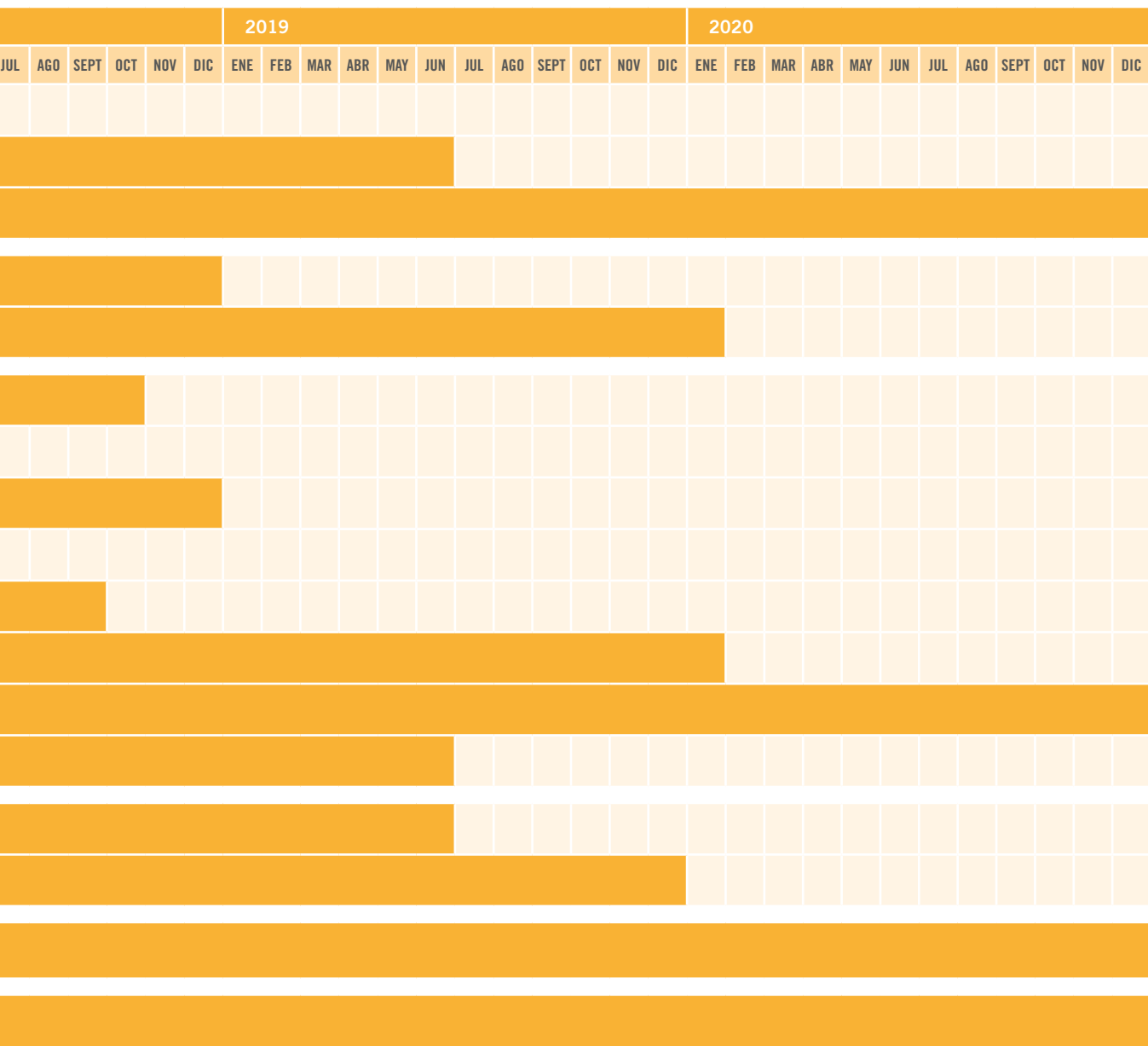
24. El abordaje íntegro de esta acción se encuentra condicionada por la existencia de fuentes de financiación específica para su desarrollo.

# CRONOGRAMA 2017 - 2020

PRIORIDADES Y PROYECTOS PEASS 2017-2020		2017				2018						
		SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	
1. ESTRUCTURACIÓN SOCIO SANITARIA DE LA COORDINACIÓN	1.1. Modelo de gobernanza de la coordinación socio sanitaria											
	1.2. Decreto para el desarrollo de la atención socio sanitaria para Euskadi											
	1.3. Comisión socio sanitaria coordinadora de Comités de Ética de Euskadi											
2. ESTRUCTURACIÓN SOCIO SANITARIA DE LOS RECURSOS	2.1. Catálogo de recursos e intervenciones socio sanitarias											
	2.2. Marco de financiación socio sanitario											
3. ESTRUCTURACIÓN SOCIO SANITARIA DE LA ATENCIÓN	3.1. Guía de protocolos socio sanitarios											
	3.2. Despliegue de la Historia Clínica de Osakidetza en residencias											
	3.3. Despliegue del instrumento de valoración socio sanitaria InterRAI											
	3.4. Manual para el desarrollo de las comisiones socio sanitarias											
	3.5. Piloto de trabajo conjunto socio sanitario											
	3.6. Historia Socio sanitaria											
	3.7. Rutas asistenciales socio sanitarias por colectivo diana											
	3.8. Rutas asistenciales socio sanitarias no presenciales											
4. PREVENCIÓN SOCIO SANITARIA Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	4.1. Instrumento de detección de malos tratos en personas mayores											
	4.2. Modelo de prevención socio sanitaria											
5. EVALUACIÓN SOCIO SANITARIA	5.1. Diseño de cuadro de mando socio sanitario y encuestas											
6. INNOVACIÓN SOCIO SANITARIA	6.1. Innovación y gestión del conocimiento en el ámbito socio sanitario											

Figura 23. Cronograma de desarrollo de los proyectos  
Fuente: Elaboración propia







# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

# NORMATIVA DE ÁMBITO AUTONÓMICO

- Ley 27/1983, de 25 de noviembre, que regula las relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos.
- Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local.
- Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi.
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.
- Decreto 69/2011, de 5 de abril, del Consejo Vasco de Atención Socio-sanitaria.
- Decreto 185/2015, de 6 de octubre, que regula los criterios, requisitos y procedimientos de acceso a la cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.
- Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones Locales de Euskadi.
- Ley 6/2016, de 12 de mayo, del Tercer Sector Social de Euskadi.

# DOCUMENTOS ESTRATÉGICOS DE ÁMBITO AUTONÓMICO

- Acuerdo Marco de 20 de mayo de 1996 para la colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, y Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, para la cobertura de necesidades sociosanitarias en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.
- Acuerdo Marco del 14 de mayo de 1998 entre el Departamento de Sanidad y Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y la Diputación Foral de Bizkaia para colaborar en el espacio socio-sanitario, en el Territorio Histórico de Bizkaia.
- Acuerdo Marco de 16 de noviembre de 1998 entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y el departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, para colaborar en la cobertura de necesidades sociosanitarias en el Territorio Histórico de Álava.
- Acuerdo autonómico de 30 de enero de 2003 de colaboración interinstitucional entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa y EUDEL, para el desarrollo de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008.
- Documento Marco de 28 de febrero de 2011 para la elaboración de las Directrices de la Atención Sociosanitaria en la CAPV.
- Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013 – 2016.
- Portal de atención sociosanitaria de Euskadi:
  - <http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/atencion-sociosanitaria/inicio/>
  - <http://www.euskadi.eus/eusko-jaurjaritza/arreta-soziosanitarioa/hasiera/>

# DOCUMENTOS ESTRATÉGICOS DE ÁMBITO ESTATAL

- La atención integrada en España – Tres décadas de buenas intenciones (y algún que otro silencio). A. Álvarez Rosete, L. Martínez Martín. 2016.
- Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS): <http://omis.newhealthfoundation.org/> (acceso 24/04/2017).
- Portal web de la Junta de Castilla y León: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/introduccion> (acceso 24/04/2017)
- Plan Marco de Atención Socio-sanitaria de Galicia. Xunta de Galicia. 2013.
- Atención Sociosanitaria en Extremadura. Más allá de la cronicidad. M. Cid, M. Simón, B. Martín, M. Rubio. 2016.
- Plan Foral de Atención Sociosanitaria. Gobierno de Navarra. 2000.
- Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria. Generalitat de Catalunya. 2014.

# DOCUMENTOS ESTRATÉGICOS INTERNACIONALES

- Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entrada en vigor el 7 de abril de 1948.
- (Alemania, Australia, Corea del Sur, Estados Unidos, Francia, Irlanda, Japón, Países Bajos, Suecia) The social care and health systems of nine countries. The King's Fund. 2014.
- (Siete casos de estudio de Australia, Quebec, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suecia, Inglaterra, Estados Unidos) Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. The King's Fund. 2014.
- Clinical and Service Integration: The route to improved outcomes. The King's Fund. 2010.
- Coordinated care for people with complex chronic conditions. The King's Fund. 2013.
- Integrated Care in Northern Ireland, Scotland and Wales. Lessons for England. The King's Fund. 2013.
- Integrated care partnerships in Northern Ireland: added value or added bureaucracy? D. Birrell, D. Heenan. Journal of Integrated Care. 2014.
- Health and social care integration. National Audit Office. 2017.
- The path to integrated healthcare. Various Scandinavian Strategies. B. Ahgren. 2014.
- The coordination reform. Norwegian Ministry of Health and Care Services. 2009.
- Health care agreements as a tool for coordinating health and social care. A Rudkjøbing et al. 2014.
- An integrated health and social care organization in Sweden: Creation and structure of a unique local public health and social care system. J. Ovretveit et al. 2010.
- The Norrtälje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. M. Andersson, J. Caltorp. 2015.
- International expert panel pre-review of health and social care reform in Finland. Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia. Observatorio europeo de sistemas y políticas de salud. 2016.





# APÉNDICE

# CONTEXTO INTERNACIONAL Y ESTATAL. TENDENCIAS

La exploración de las tendencias a nivel internacional y estatal es un elemento que enriquece el análisis del estado de situación y de las Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2017-2020.

El grado de profundidad en la relación entre sectores que conforman el espacio sociosanitario (cooperación-coordinación-integración), ya comentada en las LEASS 2013-2016, es un tema de continuo estudio y debate en la literatura internacional. Desde hace ya años<sup>25</sup> se señala que las tendencias en especialización ocupacional y de servicios en patrones demográficos y epidemiológicos y la evidencia de “sub-coordinación” apuntan a la necesidad de una mejor coordinación entre la atención sanitaria y social.

Una mejor coordinación es una ambición, por tanto, de muchos países occidentales. Se encuentran así en el ámbito internacional diferentes modelos teóricos y ejemplos reales de coordinación de atención clínica y de organizaciones de atención integrada que ilustran la diversidad en la manera de afrontar los retos comunes a nivel demográfico y epidemiológico.

A efectos de las **Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2017-2020**, además de consultar varios trabajos que describen el momento actual del enfoque sociosanitario de los principales países occidentales, este análisis se ha enfocado en aquellos países con los que el Departamento de Salud (y, en algún caso, el Departamento de Empleo y Políticas Sociales) del Gobierno Vasco tiene firmado un Memorando de Entendimiento y tienen una atención sanitaria basada en un sistema nacional de salud y una estructura de servicios sociales con similitudes a los de Euskadi (casos de Escocia e Irlanda del Norte y, por extensión, el conjunto del Reino Unido). Estos países han puesto en marcha a lo largo de los últimos años diferentes procesos de integración de la atención sanitaria y social.

También se ha recogido información sobre los países nórdicos, considerados como referentes en Europa en políticas innovadoras a nivel sanitario y social.

A nivel del Estado español se han analizado diferentes estudios e iniciativas que tratan de recoger el estado de situación del espacio sociosanitario en España y las propuestas para mejorarlo. Se han referenciado también las experiencias más novedosas a nivel de Comunidad Autónoma (Castilla y León, Galicia, Extremadura, Navarra y Catalunya).

Con todo ello en el análisis que sigue se ha pretendido aportar, por un lado, mayor criterio a la hora de valorar la situación actual de la atención sociosanitaria en Euskadi en relación con los países del entorno y, por otro, ideas innovadoras y elementos para la reflexión que contribuyan en el camino de la construcción de una mejor atención sociosanitaria en Euskadi.

---

25. An integrated health and social care organization in Sweden: Creation and structure of a unique local public health and social care system. J. Ovretveit et al. 2010

---

## CONTEXTO INTERNACIONAL

En general puede decirse que en los países occidentales se apuesta por una mayor coordinación o integración de estos servicios desarrollados por diferentes proveedores o proveedoras, con el fin de ofrecer una atención más centrada en la persona y de una manera más eficiente. No hay un único modelo, sin embargo, que sobresalga como el más adecuado. Las organizaciones totalmente integradas no son, *per se*, el objetivo a alcanzar sino, en todo caso, un medio para contribuir a una atención que responda a las necesidades sociosanitarias de las personas.

Un estudio que realiza una comparativa de los sistemas sanitarios y social de nueve países industrializados<sup>26</sup> señala que la mayoría de los países analizados proveen una cobertura de atención sanitaria más amplia que de atención social. Así, aunque buena parte de estos países proveen alguna forma de cobertura universal para las necesidades sociales, suelen dejar habitualmente la atención social como un coste directo para la persona usuaria y pocos tienen aseguramiento privado para cubrir tales necesidades. En términos generales, los países occidentales gastan una proporción pequeña en cuidados en la atención social a largo plazo, comparándolo con el gasto en salud y servicios sociales (incluido el gasto sanitario y social en personas con condiciones crónicas). El gasto en atención social, y en concreto la domiciliaria, está creciendo a un mayor ritmo que el gasto en atención sanitaria.

En este sentido, la financiación de los servicios sanitarios y sociales sigue siendo objeto de debate continuo, especialmente en una época en la que coincide un aumento creciente de la demanda de servicios por un lado, y limitaciones presupuestarias, por otro.

Las conclusiones que recoge otro estudio sobre experiencias de atención integrada a personas mayores con necesidades complejas<sup>27</sup> indican que es posible organizar y proveer con éxito atención integrada a personas mayores con necesidades complejas de diferentes maneras. De manera coincidente con otras revisiones de procesos de atención integrada<sup>28</sup>, no existe un único enfoque que se presente como el “mejor método”. Más bien se ve la atención integrada como la culminación de un complejo abanico de influencias y procesos (a nivel de sistema, de organizaciones, funcional, profesional, etc.) que ocurren simultáneamente a diferentes niveles a lo largo del tiempo. Para entender “cómo se puede construir la atención integrada” es necesario reconocer por tanto que esa innovación de servicios es compleja y dinámica.

---

26. (Alemania, Australia, Corea del Sur, Estados Unidos, Francia, Irlanda, Japón, Países Bajos, Suecia) The social care and health systems of nine countries. The King's Fund. 2014.

27. (Siete casos de estudio de Australia, Quebec, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suecia, Inglaterra, Estados Unidos) Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. The King's Fund. 2014

28. Clinical and Service Integration: The route to improved outcomes. The King's Fund. 2010

Estas conclusiones tienen similitudes notorias a las de un estudio previo<sup>29</sup> sobre cinco experiencias de Reino Unido respecto a las estrategias requeridas para tener éxito en la coordinación de atención a nivel de personas, clínico y de servicio. El aspecto más crucial de la atención integrada es el modo en que se logra una mejor coordinación entre las y los proveedores de servicio en torno a las necesidades de las personas y cómo los grupos de profesionales trabajan conjuntamente en aras de una continuidad de la atención (valoración de situaciones y respuesta a necesidades con carácter holístico, equipos multidisciplinares, figuras de coordinación de la atención, etc.). Parece claro que estos procesos son más probables dentro de sistemas integrados de provisión de atención. En otras palabras, es más posible una atención integrada donde las y los proveedores de la atención trabajan dentro de una **gobernanza común** e incentivos facilitados a través de **acuerdos entre organizaciones**.

### Reino Unido<sup>30</sup>

En Reino Unido tampoco existe un modelo único de atención sanitaria y social y así se encuentran diferentes situaciones en función del país que analicemos e incluso dentro de cada país. Uno de los aspectos iniciales que llama la atención respecto a Reino Unido es que cada vez es menor la distinción entre “atención sanitaria” y “atención social” (*health care* y *social care*), y mayor la utilización del término “care”, entendiéndose que dicho término engloba la atención sanitaria y social.

**Escocia** es probablemente quien más progreso ha realizado en el avance hacia una atención más integrada. Esto puede ser atribuido a varios factores, entre ellos una estabilidad organizacional desde 2004, un consenso político sobre la importancia de la atención integrada, el compromiso de las y los sucesivos ministros y líderes en el servicio de salud (NHS) y en las autoridades locales y la promulgación de políticas diseñadas para promover y aprobar la atención integrada.

El impacto de las políticas seguidas en Escocia es evidente en los cambios percibidos en el uso de camas de día en emergencias y en las altas retrasadas, el mayor uso de atención domiciliaria, y en el menor uso de residencias, respecto al proyectado. Es incierto el grado en el que estos cambios pueden ser atribuidos a las iniciativas de atención integrada pero sí que indican que los beneficios empiezan a ser realidad.

A pesar de que tiene el recorrido más largo en atención integrada (servicios de salud y sociales integrados desde 1973), **Irlanda del Norte** ha sido el más lento en Reino Unido en explotar sus beneficios potenciales. En muchos aspectos Irlanda del Norte representa una oportunidad perdida para demostrar con una base de sistema qué puede conseguirse cuando se eliminan las barreras organizacionales a la integración de la atención sanitaria y social.

---

29. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. The King's Fund. 2013

30. Integrated Care in Northern Ireland, Scotland and Wales. Lessons for England. The King's Fund. 2013

Actualmente, la figura clave para una atención integrada sanitaria y social en Irlanda del Norte son los Integrated Care Partnerships-ICP (Asociaciones de Atención Integrada), que reúnen una amplia cartera de servicios de tipo sanitario y social, y diseñan y coordinan a su vez los servicios locales. La introducción de esta figura no ha tenido, probablemente, el resultado esperado y por ahora hay escasa evidencia sistemática respecto a que la atención sanitaria y social integrada haya supuesto mejoras medibles para la población. Estudios realizados sobre la situación nor-irlandesa señalan que existe el riesgo de que si el enfoque es únicamente en la integración sanitaria (entre atención primaria y hospitales), con el dominio de las y los representantes de salud en los comités de los ICPs, estas últimas se conviertan en una barrera, más que un facilitador, del desarrollo de la integración entre la atención sanitaria y social. Consecuentemente, la atención social será más marginada por el dominio de los intereses de salud<sup>31</sup>.

Para **Inglaterra**, que se ha iniciado más tarde que el resto del Reino Unido en la exploración de vías de coordinación e integración entre el sector sanitario y social, una importante lección de los casos de Escocia e Irlanda del Norte es que la integración estructural tanto dentro del Servicio Nacional de Salud-NHS como entre los servicios de salud y los sociales es únicamente uno de los factores en el desarrollo de la atención integrada. Parece también que la experiencia de Irlanda del Norte de integración de los servicios de salud y de los sociales en las mismas estructuras puede tener la consecuencia no deseada de que los servicios sociales queden subordinados a los servicios de salud. Esta es una obvia pero importante advertencia en un momento en que el debate sobre la integración de la atención sanitaria y la social está cogiendo relevancia en Inglaterra.

Un informe<sup>32</sup> de la Oficina de Auditoría Nacional para el parlamento británico ha analizado el progreso realizado por el Departamento de Salud, el Departamento para las Comunidades y Gobierno Local y el NHS en la integración de los servicios sociales y de salud y, en concreto, sobre la evolución del Better Care Fund (programa del gobierno para crear presupuestos conjuntos a nivel local entre NHS y gobiernos locales). En una línea autocrítica, sus conclusiones son bastante demolidoras, poniendo en duda la factibilidad de la integración de los servicios sanitarios y sociales en Inglaterra para 2020, tal y como estaba previsto. Recomienda, entre otras cuestiones, la creación de una mayor estructura y disciplina para ayudar al nivel local a superar las barreras a la integración (principalmente, la no alineación de los incentivos financieros, los desafíos a nivel de recursos humanos y las reticencias al intercambio de información entre profesionales, equipos y organizaciones). El debate sigue candente, pues, en Inglaterra.

### **Países escandinavos**

Los países nórdicos tampoco han escapado a los fallos en la coordinación de los servicios sanitarios y sociales ante una demanda asistencial que pide mayor continuidad en la atención recibida y han entendido que la colaboración intra e inter-sectorial es una de las respuestas a esa situación. De todas maneras, han elegido diferentes estrategias para poner en práctica esa colaboración<sup>33</sup>.

---

31. Integrated care partnerships in Northern Ireland: added value or added bureaucracy? D. Birrell, D. Heenan. Journal of Integrated Care. 2014

32. Health and social care integration. National Audit Office. 2017

33. The path to integrated healthcare. Various Scandinavian strategies. B. Ahgren. 2014

En **Noruega** se ha legislado para dar respuesta al derecho del y de la paciente a un plan de tratamientos coordinado<sup>34</sup>. Así, esta estrategia se ha enfocado en mayor medida, en términos históricos, en el y la paciente y sus necesidades individuales que en cambiar sistemáticamente el abanico de servicios sanitarios para lograr una menor fragmentación.

La estrategia de Dinamarca desde 2007 tiene un marcado carácter jerárquico y administrativo basado también en la legislación nacional y especificado de manera obligatoria en acuerdos, con contenido predeterminado, entre las municipalidades y las autoridades regionales de salud<sup>35</sup>.

En **Suecia**, a diferencia de lo que ocurre en Dinamarca o Noruega, no hay acuerdos o normativa coercitiva a nivel nacional. El trabajo en la atención integrada es voluntario y bajo la iniciativa de los gobiernos municipales. En relación a esa integración estructural de provisoros o provisoras de servicios sanitarios y sociales, uno de los ejemplos más citados en la literatura internacional es el de Norrtälje<sup>36 37</sup>, una organización integrada para la atención sanitaria y social al norte de la provincia de Estocolmo. La de Norrtälje es una iniciativa que transformó la financiación y organización de la atención sanitaria y social para las personas mayores con necesidades complejas en un área concreta de 56.000 habitantes. En 2004, el gobierno regional de Estocolmo (que es responsable de los servicios de salud) y la autoridad local de Norrtälje (responsable de los servicios sociales) formaron un comité de gobierno conjunto que es responsable para la atención sanitaria y social a la población de Norrtälje. El comité de gobierno es propietario y dirige una empresa pública que es responsable de la contratación y la provisión de atención. El modelo de Norrtälje se caracteriza por: responsabilidad de financiación para una única población; enfoque creciente en promoción de la salud para la población; y organización de atención sanitaria y social común e integrada para conseguir un mayor beneficio para el y la paciente y la persona usuaria. Hay un énfasis en el uso de gestores o gestoras de caso y en el desarrollo de itinerarios y planes en torno a transiciones dentro y fuera del hospital, y de residencias a hospitales.

En **Finlandia** son las municipalidades las responsables de la atención social y sanitaria, pero se encuentra, en muchos casos, una coordinación limitada.

El país se encuentra actualmente en proceso de reformar su atención sanitaria y social<sup>38</sup>. Uno de los objetivos principales de la reforma es la “integración de los servicios sanitarios y sociales en un paquete de servicios orientado a la clientela”, que se espera reduzca la atención institucional, fortalezca el trabajo de prevención y minimice las necesidades de servicios de las personas mayores.

---

34. The coordination reform. Norwegian Ministry of Health and Care Services. 2009

35. Health care agreements as a tool for coordinating health and social care. A Rudkjøbing et al. 2014

36. An integrated health and social care organisation in Sweden: Creation and structure of a unique local public health and social care system. J. Ovretveit et al. 2010

37. The Norrtälje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. M. Andersson, J. Caltorp. 2015

38. International expert panel pre-review of health and social care reform in Finland. Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia. Observatorio europeo de sistemas y políticas de salud. 2016

---

## A NIVEL ESTATAL

El Estado español no es ajeno al debate y los cambios que se producen a nivel internacional sobre la idoneidad del avance en el continuo de la colaboración-coordinación-integración de la atención sanitaria y social y la implementación efectiva de medidas para dicho avance. Se pueden encontrar en las últimas décadas múltiples planes, leyes, libros blancos y otros documentos de carácter estratégico que recogen la necesidad de coordinación intersectorial entre los servicios sanitarios, sociales y otros sectores<sup>39</sup>. Las diferentes propuestas desde cada disciplina y sector abogan, en mayor o menor medida y con diferentes matices y perspectivas, por generar escenarios de coordinación entre los sectores sanitario y social, más que por crear un tercer espacio de atención a las personas, algo que ya se destacaba en las Líneas estratégicas de atención sociosanitaria 2013-2016 para Euskadi. Se reconoce así que la coordinación entre sectores debe ser un elemento fundamental en el modelo de atención actual.

La experiencia señala que el desarrollo de las iniciativas estratégicas desarrolladas no ha garantizado, sin embargo, la implementación efectiva de la coordinación sociosanitaria, y puede decirse que falta aún mucho recorrido en la consecución de un modelo de atención integrado sociosanitario real a nivel de todo el Estado español.

Existen, claro está, múltiples iniciativas de carácter local y regional que han avanzado, incidiendo en uno o varios de los elementos señalados, hacia un modelo de atención más integrado en la respuesta a las personas que necesitan de servicios sanitarios y sociales de manera simultánea y continua<sup>40</sup>.

A nivel autonómico, cabe citar los avances a nivel coordinación estructural en:

- Castilla y León (creación de los Equipos de Coordinación de Base y de las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria, Sistema de Información GASS)<sup>41</sup>
- Galicia<sup>42</sup>
- Extremadura (creación de la Comisión Sociosanitaria Comunitaria, de la Comisión Sociosanitaria de Área y de la Comisión de Asuntos Sociosanitarios)<sup>43</sup>
- Navarra (instrumento de valoración común)<sup>44</sup>
- Catalunya<sup>45</sup>

---

39. La atención integrada en España – tres décadas de buenas intenciones (y algún que otro silencio). A. Álvarez Rosete, L. Martínez Martín. 2016

40. <http://omis.newhealthfoundation.org/> (acceso 24/04/2017)

41. <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/introduccion> (acceso 24/04/2017)

42. Plan Marco de Atención Socio-sanitaria de Galicia. Xunta de Galicia. 2013

43. Atención Sociosanitaria en Extremadura. Más allá de la cronicidad. M. Cid, M. Simón, B. Martín, M. Rubio. 2016

44. Plan Foral de Atención Sociosanitaria. 2000

45. Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria. Generalitat de Catalunya. 2014

---

## CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DEL CONTEXTO INTERNACIONAL Y ESTATAL

El análisis de tendencias a nivel internacional apunta a que muchos países occidentales han iniciado a lo largo de la última década procesos de reforma para atender las necesidades de atención continua de segmentos cada vez mayores de su población (el último Finlandia, desde 2016).

Se constata, en general, que esas reformas caminan en dirección a una mayor profundidad de la relación entre agentes y sectores (sanitario y social, principalmente) que confluyen en la atención a las personas, pero también que **no hay un “modelo único”** para llevarlas a cabo. Hay países que impulsan inicialmente ese avance a través de legislación y re-estructuración de los servicios de salud y servicios sociales a nivel macro y meso (Noruega, Dinamarca y Escocia por ejemplo), y hay otros que prefieren que sea el nivel local quien tome la iniciativa en la mayor integración entre servicios de diferentes organizaciones (Suecia con el caso de Norrtaelje, por ejemplo). En cualquier caso, no parece que se trate de crear un tercer espacio de atención para las personas, sino de **facilitar el trabajo conjunto de diferentes niveles y sectores** que confluyen en la respuesta a las necesidades de las personas.

La atención integrada es la culminación de un complejo abanico de decisiones, procesos e influencias y su grado de éxito depende, seguramente, de la intervención en el conjunto de ellas. Se trata de un **proceso complejo que necesita tiempo** de maduración y **admitir la posibilidad de errores** en el camino (como se puede extraer del recorrido inglés hasta el momento). En este sentido, resulta importante demostrar el compromiso político con el avance en la integración.

La evidencia existente, insuficiente aún, señala que es más posible una atención integrada donde las y los provisosores de dicha atención trabajan dentro de una **gobernanza común e incentivos** facilitados a través de **acuerdos** entre organizaciones. Hace falta, en general, mayor evaluación del impacto de estos procesos a nivel de resultados en la población y en términos de sostenibilidad del sistema.

La **integración estructural no es suficiente** (ni, a veces, necesaria) para alcanzar un mayor grado de atención integrada. Existe el riesgo, además, de que en esa integración estructural los servicios sociales queden subordinados a los servicios de salud. Ejemplos como el de Irlanda del Norte muestran que la integración estructural no es sinónimo de éxito y que necesita de múltiples palancas para avanzar.

Parece más interesante **poner el foco en la integración a nivel asistencial y local** a través de definiciones claras de servicios, equipos multidisciplinares, valoraciones holísticas y sistemas de información conjuntos, referentes sociosanitarios y sociosanitarias en las organizaciones, culturas profesionales y organizativas más comunes, etc. y establecer objetivos específicos y evaluar el impacto de los procesos de coordinación/integración. La experiencia en las Comunidades Autónomas del Estado español indica que, más allá de acuerdos interinstitucionales, planes estratégicos, etc. es momento de poner **énfasis** en el **nivel micro** de la atención sociosanitaria, y basarse en pilotos que permitan ganar experiencia y plantear escalados posteriores al conjunto de los sistemas. El nivel local necesita en este recorrido **apoyo** por parte de estructuras centrales.



La **financiación** de los servicios sanitarios y sociales es tema de continuo debate, siendo general la tensión en unos sistemas de atención con incrementos de demanda y limitaciones presupuestarias crecientes. El acceso a la prestación de servicios que se financian de manera diferente (acceso universal vs. acceso selectivo en función de medios económicos de la persona usuaria) supone un obstáculo añadido a la atención continua en el ámbito sociosanitario.

