



## ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN GRUPOS AFECTADOS ESPECIALMENTE

Les agradezco la oportunidad que me ofrecen para referirme a la atención de personas que, por sus circunstancias específicas, se encuentran necesitadas de una asistencia especial que en su mayor parte no llega a recibir.

Estructuraré mi intervención conforme a este guión:

- I.- Ámbito de la atención socio sanitaria**
- II.- Personas mayores dependientes**
- III.- Personas con enfermedades crónicas**
- IV.- Personas con enfermedades en fase terminal**
- V.- Razones que explican el protagonismo actual de la atención socio sanitaria**
- VI.- La perspectiva conceptual en el contexto de la CAPV**
- VII.- El análisis de la atención socio sanitaria en la CAPV**

Cuando hablamos de espacio o atención socio sanitaria nos referimos a situaciones complejas que requieren la intervención conjunta o coordinada de los servicios sanitarios y sociales, lo cual ha sido una necesidad ampliamente detectada en las quejas que la institución del Ararteko ha recibido. Las dificultades para una intervención coordinada de ambos servicios eran un obstáculo para que la asistencia de estas personas tuviera la continuidad que su situación demandaba.

La dificultad de coordinación no es desde luego exclusiva de estos dos ámbitos, el social y el sanitario, pues se da también en otras áreas en las que confluyen dos o más ámbitos de intervención pública.

Ahora bien, el impacto negativo en la calidad de la atención prestada, con consecuencias graves para las personas necesitadas y también para su entorno de cuidadores naturales, explican el mayor protagonismo que a nuestro juicio debe tener su asistencia. Ello llevó a abordar en un informe extraordinario sobre el análisis de la atención socio sanitaria en el País Vasco, que la institución del Ararteko entregó en el Parlamento Vasco en mayo del año 2008. Se puede acceder a este informe en el sitio web de la institución, <http://www.ararteko.net>. El informe tiene plena vigencia a pesar de los dos años transcurridos desde su finalización puesto que no se han producido novedades reseñables.

Pienso que éste ha sido un informe especialmente necesario porque aborda una cuestión clave en el ámbito de un Estado social y democrático de Derecho: la atención socio sanitaria entendida como un espacio de colaboración intensa y estructurada entre los servicios de salud y los servicios sociales.





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

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

La elaboración de este informe respondió fundamentalmente a la constatación de que los límites entre ambos sistemas son muy difusos y que era necesario definir el espacio sociosanitario, necesidad reflejada en muchos de los informes extraordinarios realizados por la institución.

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

El objetivo del informe fue triple:

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

## **I.- Ámbito de la atención sociosanitaria**

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

El objetivo fundamental de la atención sociosanitaria es dar respuesta a estas situaciones de necesidades complejas. Afecta especialmente a determinados grupos de población para quienes, por la naturaleza y las características de sus necesidades sociales y sanitarias y, sobre todo, por el fuerte componente simultáneo o mixto de ambas, la máxima coordinación entre ambos sectores es indispensable para responder a ellas de forma idónea y eficiente.





Estos grupos son principalmente los siguientes:

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

Además de las personas que podemos situar dentro de estos grupos, recordarán que el Plan 2005-2008 para el desarrollo del espacio sociosanitario recogía estos otros colectivos en riesgo de exclusión:

- Menores (especialmente menores maltratados, menores en situación de desprotección y menores con problemas de comportamiento).
- Mujeres víctimas de violencia de género.
- Y población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y problemática social.

No todas las necesidades de estas personas tienen siempre carácter sociosanitario. En numerosas ocasiones su demanda se circunscribe, estrictamente al ámbito social o exclusivamente al ámbito sanitario.

Desde la convicción de que se deben garantizar todos los derechos de todas las personas, también la institución del Ararteko ha considerado necesario actuar de manera preferente con estos mismos colectivos susceptibles de sufrir algún menoscabo en el ejercicio de sus derechos, por encontrarse en una situación potencial de mayor vulnerabilidad.

Si pensamos en las características y necesidades de cualquiera de los grupos descritos podemos entender mejor cuáles son los objetivos de la atención sociosanitaria, y en consecuencia podremos determinar de mejor manera la eficiencia de los sistemas, es decir cómo responder a las necesidades de la persona usuaria adecuadamente, con el menor coste posible y manteniendo la calidad constante; y, asimismo, podremos fijar el modo de la continuidad en su atención.

## **II.- Personas mayores dependientes**

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

En primer lugar, porque, a pesar de que la atención sanitaria a las personas mayores ha mejorado muy notablemente en los últimos años, el envejecimiento





supone, además, la aparición de problemas o dificultades físicas, psicológicas y sociales cada vez más complejas y, casi siempre, muy interrelacionadas.

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

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

Un segundo elemento que lleva a considerar a las personas mayores dependientes como colectivo prioritario de la atención sociosanitaria es su mayor grado de vulnerabilidad, en la medida en que existen ciertas probabilidades, más elevadas que en otras etapas del ciclo vital, de sufrir alguna discapacidad física y/o mental.

En general, la mayoría de las personas mayores tendrán niveles de salud y bienestar no conocidos hasta ahora. Pero nos encontraremos con un grupo importante que puede quedar fuera de los avances que hacen posible ese bienestar, como las personas con discapacidades derivadas de enfermedad mental, dependencia y riesgos de exclusión social, que necesitarán recursos de atención sociosanitaria.

Me parece importante referirme aquí al trato inadecuado y, en ocasiones, maltrato que pueden sufrir algunas de estas personas. Es una realidad poco conocida que exige actuaciones múltiples en materia de sensibilización social, formación de las y los profesionales, empoderamiento de las propias personas afectadas y sus cuidadoras y cuidadores, prevención y control, aplicación de criterios de calidad, evaluación de los servicios, etc.

Existe un notable desconocimiento de los derechos por parte de las personas mayores y sus familias, así como dificultades remarcables para acceder a los recursos y ejercer sus derechos.

En un estudio publicado el año 2009, dentro de la colección Derechos Humanos de la institución del Ararteko bajo el título *Los derechos de las personas mayores y la prevención del mal trato*, se recogen los principales instrumentos relativos a los derechos de las personas mayores, así como numerosos datos sobre el trato que se les da en los ámbitos público y privado

La obra nos ofrece criterios para valorar si un trato es adecuado o inadecuado y herramientas para la detección de los casos de maltrato, trato inadecuado, trato negligente o falta de atención. En el estudio se propone la necesidad de generar una estrategia transversal de respeto de los derechos de las personas mayores y garantía de su seguridad en las diferentes políticas y sistemas implicados (sistema





de servicios sociales, sanitario, educativo, de promoción de la autonomía, atención a la dependencia, ordenación urbana, movilidad, empleo, etc.).

### **III.- Personas con enfermedades crónicas**

Los sistemas sanitarios actuales se diseñaron y desarrollaron en respuesta a las patologías agudas y a las necesidades urgentes: examinar, diagnosticar, aliviar los síntomas y curar, son sus sellos distintivos. La dificultad estriba en que este modelo, muy eficaz para la atención de las contingencias para las que fue ideado, no se adapta bien a la atención de las condiciones crónicas que afectan negativamente a su salud.

Las personas con enfermedades crónicas presentan necesidades específicas que ineludiblemente deben ser atendidas por las administraciones públicas vascas. Al tratarse de enfermedades de larga duración y, por lo general, de progresión lenta, demandan mayoritariamente una atención basada en tratamientos o cuidados distintos de los curativos propiamente dichos, centrados más bien en una perspectiva sociosanitaria que garantice la calidad de vida de estas personas, mediante el fomento de su autonomía y cuidado, la prevención del deterioro y la igualdad de trato y de oportunidades.

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

En una reciente declaración el Consejero de Sanidad y Consumo explicaba que los sistemas de salud, públicos y privados, se encuentran en la actualidad ante el reto sanitario más importante de las últimas décadas. Decía el consejero Bengoa: *“No podemos seguir manteniendo una atención perfectamente diseñada para resolver complicaciones agudas, como infartos de miocardio, cuando lo que tenemos ante nosotros es una auténtica epidemia de enfermedades crónicas”*. La actividad diaria en hospitales y centros de salud da prueba de ello.

En esa línea el consejero ha expuesto, en sede parlamentaria, que el Departamento de Sanidad y Consumo impulsará a lo largo de la presente legislatura un nuevo modelo del Sistema Vasco de Salud, basado en la atención integral a las y los pacientes crónicos. Estima que una mejor atención de este colectivo evitaría hasta un 75% de reingresos en el hospital y, en definitiva, reduciría en un 13% la presión asistencial. En su opinión, ello exigirá impulsar un mejor seguimiento de las y los pacientes y una intervención adaptada al perfil de cada cual, dotando a la





persona de un mayor protagonismo en el cuidado de su enfermedad e intensificando la colaboración de los y las profesionales con aquella.

#### **IV.- Personas con enfermedades en fase terminal**

En la actualidad, la mayor parte de la población occidental, una vez alcanzada la vejez, si bien consigue mantenerse en buen estado de salud hasta una edad muy avanzada, en la etapa final de su vida acumula problemas sociales y de salud (muchos degenerativos o progresivos) durante un periodo de tiempo relativamente largo antes de morir.

Este cúmulo de dificultades se hace particularmente penoso cuando se alcanza la fase terminal de una enfermedad.

El actual patrón demográfico y de morbilidad hace pensar que, en los próximos años, aumentará el número de personas que se encuentren en la fase terminal de su enfermedad. Esta evolución y la naturaleza de las necesidades en esta fase del ciclo vital determinan - al igual que en la atención a las condiciones crónicas- que las actuales tendencias internacionales propugnen, en su articulación de los cuidados paliativos, dos principios que abogan por una estrecha colaboración entre servicios sanitarios y servicios sociales:

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

Es una realidad que algunas personas mayores, enfermas, a veces solas, no disponen de los mínimos necesarios para considerar que su calidad de vida es aceptable y que vale la pena continuar viviendo.

Es aún minoritaria la asistencia a las personas enfermas en fase terminal con un adecuado tratamiento del dolor y sufrimiento. Una gran mayoría muere en condiciones precarias, con un sufrimiento innecesario y sin un entorno adecuado. En consecuencia, se necesita una acción firme en política sanitaria, con más inversión en personal y en infraestructuras especializadas para mejorar y ampliar este tipo de asistencia

La humanidad siempre ha tenido la aspiración de mejorar la expectativa de vida de las personas. Ahora que los avances de la medicina han dado pasos importantes en ese objetivo, nos encontramos sin embargo con que el envejecimiento es un motivo de preocupación.





Este envejecimiento de la población y la cronificación de las enfermedades como consecuencia de los avances médicos están produciendo un aumento en la esperanza de vida pero también un incremento de las personas en situación de dependencia. Esto exige una respuesta más decidida por parte de las administraciones, tanto en el ámbito sanitario como de apoyo social.

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

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

Este protagonismo parece tener como origen:

- Por un lado, el ya aludido creciente aumento de los grupos de población más susceptibles de necesitar y de beneficiarse de esta atención: todos ellos constituyen colectivos muy vulnerables, con necesidades complejas y permanentes que afectan a su autonomía en la vida diaria, y que requieren un paquete de servicios de naturaleza mixta, prestados de forma simultánea o secuencial, en su domicilio o en el ámbito hospitalario o residencial.
- Un segundo elemento que explica el protagonismo adquirido en esta última década por la atención sociosanitaria es, sin duda, la orientación general que, afortunadamente, han tomado tanto las políticas sanitarias como sociales hacia fórmulas que otorgan prioridad a la permanencia en el domicilio y a la atención en el ámbito comunitario.
- Por último, se aduce que, en nuestras sociedades modernas y postindustriales, los sistemas de salud se caracterizan por estar sometidos a profundas presiones desintegradoras, que tienen su principal causa en las continuas innovaciones técnicas y en la rápida expansión de estas innovaciones, con la consecuente intensificación de su ya marcada tendencia a la hiperespecialización.

### **VI.- La perspectiva conceptual en el contexto de la CAPV**

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

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





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

### **El modelo de coordinación sociosanitaria**

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

El informe considera que hay factores que pueden facilitar la consolidación de esta coordinación sociosanitaria, como son el establecimiento de metas y objetivos; el apoyo y compromiso institucional; una dirección y gestión eficaces; y el apoyo técnico.

Hay factores que la obstaculizan, como las diferencias organizativas, los planteamientos profesionales divergentes o la inseguridad financiera.

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

- Resulta fundamental el establecimiento de metas y objetivos claros, que entiendan y apliquen todas las organizaciones públicas y privadas y todos los profesionales que intervienen en su aplicación.
- Es necesario también un fuerte compromiso institucional, de las y los profesionales que actúan sobre el terreno, debiendo arbitrarse estrategias que garanticen la conjunción de ambos.
- Las iniciativas de coordinación de servicios requieren de una dirección y gestión eficaces y, a tales efectos, resulta indispensable establecer, para quienes asumen la gestión y la dirección del proyecto, directrices claras que definan y delimiten sus responsabilidades, especialmente cuando en sus funciones confluyen la dirección técnica, la gestión de los recursos humanos y la gestión económica.
- El éxito de un proyecto de coordinación está condicionado por la dotación de recursos humanos y materiales que se pongan a su servicio. Con demasiada frecuencia, se comete el error de pensar que basta con articular los medios existentes en cada uno de los ámbitos que intervienen en el proyecto, sin inversiones específicas complementarias.
- Es necesario diseñar y aplicar sistemas de evaluación que, con carácter periódico o permanente, permitan conocer el funcionamiento y los resultados del proyecto. Por el contrario, existen una serie de factores que obstaculizan la coordinación de servicios.







- Las diferencias organizativas básicas entre los sectores social y sanitario constituyen un freno a las iniciativas de coordinación de servicios.

La coordinación puede verse muy considerablemente dificultada o incluso imposibilitada, tanto en el nivel estratégico de planificación y organización, como en el nivel operativo, por la divergencia entre la visión que los profesionales sanitarios y sociales pueden tener sobre la atención requerida.

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

- En el nivel estructural o estratégico
- En el nivel organizativo
- En el nivel de la prestación de la atención a la persona usuaria: en este último nivel se plantean distintos métodos, como la evaluación conjunta de necesidades y diseño conjunto de planes de atención individual o la denominada “*gestión de caso*”, por lo general en el marco de cuidados de larga duración.

En el marco de la atención sociosanitaria, “*la gestión de caso*” desempeña un papel clave en la coordinación del conjunto de las intervenciones, en particular en relación con la prevención de hospitalizaciones o en la adecuada organización del proceso de traslado y retorno al medio comunitario, tras el alta hospitalaria.

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

Por su relación con esta figura, me parece de interés recordar aquí que el pasado 4 de marzo, en respuesta a una pregunta parlamentaria relativa a la “formación de enfermeras de enlace” el Consejero de Sanidad y Consumo explicaba lo siguiente:

*“... entre las líneas estratégicas del Departamento de Sanidad y Consumo están el fortalecimiento de la atención de los pacientes crónicos y el desarrollo de organizaciones sanitarias integradas. Ambas comparten numerosas actividades, como es el caso de lo relativo a las Enfermeras Gestoras de Casos o Enfermeras de Enlace con vistas a analizar y proponer el desarrollo de de los nuevos roles de enfermería con el enfoque de la atención a la cronicidad. Para ello, se ha conformado un Comité y un grupo de trabajo multidisciplinar sobre nueva enfermería encargado, este último, de definir un plan de actuación, recopilar información para la formación del personal de enfermería, identificar y realizar contactos para posibles experiencias en el extranjero, formación intensiva y realización de un pilotaje”*





## **VII.- El análisis de la atención sociosanitaria en la CAPV**

El informe analiza la evolución desde los primeros convenios interadministrativos hasta los dos principales instrumentos de referencia: el convenio interinstitucional de 30 de enero de 2003 y el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco (2005-2008).

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

1) Hay una valoración moderadamente negativa respecto al desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV. Los avances se consideran, en general, insuficientes y los logros inferiores tanto a las expectativas creadas como a las posibilidades y a las necesidades.

2) Los avances que se han producido en este ámbito no se han trasladado con claridad ni a sus destinatarios ni a los profesionales de las dos redes.

3) No se puede hablar de una experiencia fallida. Hay avances claros, como la adopción de una herramienta común para la valoración de la dependencia, el inicio del diálogo entre las dos redes, mayor conciencia institucional de la necesidad de intervenir en el espacio sociosanitario o la consolidación de una estructura organizativa.

4) Hay una valoración negativa del cumplimiento de los objetivos instrumentales básicos del Plan Estratégico para el Desarrollo del Espacio Sociosanitario (2005-2008). No se ha avanzado de forma significativa en ninguno de los principales objetivos del plan, es decir, en relación con el establecimiento de un sistema de acceso único, una ventana de servicios única, los sistemas de información compartido y una planificación conjunta.

5) La ausencia de una apuesta política decidida para el desarrollo del espacio sociosanitario y la carencia de un modelo compartido y consensuado.

6) Escaso peso de los ayuntamientos en el desarrollo del espacio sociosanitario, lo que ha supuesto su escaso desarrollo en el ámbito de la atención comunitaria.

7) Se mantienen diferencias interterritoriales muy importantes en el desarrollo de los recursos sociosanitarios entre los tres territorios históricos y dentro de cada territorio histórico, dada la concentración de los recursos en las capitales.

8) Hay que establecer mecanismos de financiación adecuados:

No se plantea tanto la escasez de recursos económicos como la necesidad de pactar continuamente la cofinanciación de los diversos recursos, lo que estaría lastrando en buena medida el desarrollo de la atención sociosanitaria.

9) Hay que reforzar, mejorar, dotar los recursos existentes, más que inventar recursos nuevos.





10) Hay cuatro recursos que requieren un desarrollo prioritario:

- recursos residenciales para personas con enfermedad mental;
- programas de intervención sociosanitaria a domicilio;
- programas de carácter terapéutico y educativo para personas menores de edad con trastornos de conducta;
- mayor desarrollo de las unidades específicas para personas mayores con necesidades sociosanitarias.

11) Los colectivos con especial necesidad de asistencia sociosanitaria son:

- las personas mayores (en especial las muy mayores);
- las personas con enfermedad mental;
- las personas con patologías múltiples.

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

Como en todos los informes de la institución del Ararteko, se incluye un capítulo de conclusiones y recomendaciones. Este capítulo incluye algunas directrices susceptibles de contribuir a mejorar la intervención de las administraciones públicas en la construcción del espacio sociosanitario. Podemos plantear tres bloques de recomendaciones:

a) Las relacionadas con el modelo de atención sociosanitaria.

1. Una interpretación amplia y flexible del modelo de coordinación.

2. Consolidación del espacio sociosanitario.

El espacio sociosanitario vasco se ha centrado más en cuestiones estratégicas, competenciales y financieras que en la coordinación de los instrumentos de atención a las personas.

3. Delimitaciones geográficas.

Los dos modelos, sanitario y social, se estructuran territorialmente de manera distinta. Una mayor coincidencia en la zonificación permitiría que los dos tipos de servicios fueran prestados a un mismo grupo de población.

4. Necesidad de dotaciones económicas específicas.

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

5. Uso flexible de las dotaciones económicas.





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

#### 6. Compromiso institucional.

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

#### b) Las relacionadas con la red de recursos.

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

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

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

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

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

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

Hay colectivos que están especialmente afectados.

- los mayores en situación de dependencia;
- las personas con enfermedades crónicas;
- las personas con enfermedad mental grave cronificada;
- las personas con enfermedades en fase terminal.

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

##### 10. Formas de trabajo.

Con equipos interdisciplinares y creando estrategias de coordinación.

##### 11. Instrumentos de trabajo.

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

##### 12. Proyecto piloto.





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

\* \* \* \* \*

Por último, me parece oportuno referirme al informe de valoración económico-financiera, 2005-2008, realizado por el Tribunal Vasco de Cuentas Públicas a petición del Parlamento Vasco, aprobado el pasado 24 de julio de 2009.

Podemos destacar una serie de extremos incluidos en dicho informe que tienen estrecha relación con la atención a las personas afectadas por enfermedades crónicas:

- El Plan Estratégico de Atención Sociosanitaria ha quedado notablemente ralentizado por la distinta normativa aparecida en el ámbito social desde su aprobación.
- Se observa un diferente desarrollo del sistema de atención sociosanitaria en los tres territorios históricos.
- En el **colectivo de las personas con enfermedad mental**, se detectan formas distintas de actuación que, si bien pueden estar adaptadas a cada territorio histórico, no responden a una unidad de criterio.
- Únicamente se detecta una homogeneidad en las actuaciones en las unidades residenciales sociosanitarias.

Coincidimos con la apreciación realizada por el Tribunal Vasco sobre la necesidad de dar un nuevo impulso al desarrollo del espacio sociosanitario, impulso que habrá de venir de la mano de todas las administraciones públicas.

Es una opinión compartida por el Consejero de Sanidad y Consumo que declaraba en el Parlamento que, adquiera la forma que adquiera este impulso, el Gobierno tratará de que, superando las circunstancias históricas y peculiaridades territoriales que han ido dando lugar a las disparidades detectadas, se alcance de manera progresiva una mayor homogeneidad en el conjunto de la Comunidad.

También expresaba que la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, configuran un marco diferente del que existía cuando se abordó la elaboración del Plan Estratégico para la Atención Sociosanitaria (2005-2008).





Ello obliga a realizar una reflexión en profundidad sobre la tipología de servicios necesarios, las competencias sectoriales y la contribución de cada sector al sostenimiento propio o compartido de los servicios correspondientes.

Pensamos que se está realizando en el seno del Departamento de Sanidad y Consumo una reflexión y un replanteamiento sobre la tipología de servicios necesarios de cada sector al sostenimiento propio o compartido de los servicios correspondientes en materia de atención sociosanitaria.

Convendrá, por tanto, realizar un seguimiento de la materialización de estas previsiones, pues, a fecha actual, no podemos considerar suficientes los avances registrados en ámbitos como la cartera única de servicios, la planificación conjunta, el sistema común de información o los mecanismos de acceso conjunto.

**Vitoria-Gasteiz, 29 de marzo de 2010**

