

El modelo socio-sanitario en Euskadi: luces y sombras de la coordinación entre sistemas

The social and health care model in Euskadi: lights and shadows of systems coordination

Felix Arrieta¹ y Emma Sobremonte²

Resumen

El espacio socio-sanitario ha tenido una evolución considerable en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE). A pesar de las reticencias iniciales, se puede afirmar que el espacio socio-sanitario es una realidad ya consolidada. Sin embargo, la decisión de no conformar un nuevo sistema y las desiguales realidades de origen de los sistemas de salud y servicios sociales, así como las peculiaridades del sistema político, hacen que existan todavía importantes dificultades y retos de gestión. Bajo el principio de coordinación, se exponen los principales elementos y claves del espacio socio-sanitario de la CAE.

Palabras clave: Atención socio-sanitaria, trabajo social, servicios sociales, coordinación, salud, instituciones.

Abstract

Social and health care attention has considerably evolved in Euskadi. In spite of some initial reticences, social and health care attention is nowadays a consolidated reality. Though, there are management difficulties and challenges due to the decision of not creating a new system, the unequal reality of health and social services and the peculiarities of the political system. Key elements of health and social care under the principal of coordination are exposed.

Key words: Social and health care, social work, social services, coordination, health, institutions.

Para citar el artículo: ARRIETA, Felix y SOBREMONTTE, Emma. El modelo socio-sanitario en Euskadi: luces y sombras de la coordinación entre sistemas. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 51-65. ISSN 0212-7210.

¹Departamento de Trabajo Social y Sociología de la Universidad de Deusto. felix.arrieta@deusto.es

²Departamento de Trabajo Social y Sociología de la Universidad de Deusto. emma.sobremonte@deusto.es

1. Introducción

Para comprender el modelo socio-sanitario de la CAE hay que remontarse a la década de los noventa y contextualizar su génesis considerando la combinación de diversos factores que promovieron los primeros debates sobre el “espacio socio-sanitario”. Con este término se expresaba la ausencia de un territorio a medio camino entre lo social y lo sanitario, donde faltaban recursos idóneos para responder a situaciones acuciantes y variadas de complejidad sanitaria y social que angustiaban a los pacientes y familias e interrogaban también a los profesionales e instituciones implicadas.

Además de factores bien conocidos como el envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad y la fragilidad de las redes informales de apoyo social, derivada, a la vez, de la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral y de la falta de asunción de roles de cuidado informal por parte de muchos hombres, otros elementos como la posición de partida de los dos sistemas de servicios ante esta realidad y las peculiaridades del entramado institucional del sistema político de gobierno de Euskadi serán de gran relevancia en el proceso de construcción del espacio socio-sanitario y en la definición del modelo actual.

Pero narrar cualquier historia, como la que nos ocupa, puede hacerse desde diferentes perspectivas, todo depende de quién la cuente y del acento que ponga su mirada. Por eso a la hora de exponer los antecedentes del modelo de atención socio-sanitaria por el que ha apostado Euskadi no hemos podido sustraernos a exponer, junto a los hechos de la historia oficial, algunos elementos que, como diría Unamuno, pertenecen a la intrahistoria y que están a la sombra de lo más conocido y divulgado.

2. Antecedentes y recorrido histórico

Podemos situar el comienzo de la historia formal remontándonos a 1993, año en el que debido a la creciente demanda de atención socio-sanitaria que se estaba produciendo en el sector salud en Euskadi se establecerá la primera Comisión de Trabajo para realizar el diagnóstico de la situación. La Comisión, compuesta por responsables de la gestión y la administración de servicios sanitarios y por expertos pertenecientes al ámbito hospitalario y de salud mental presentará finalmente en diciembre de 1994 el *Informe de la Comisión de análisis del Espacio Socio-sanitario* al Departamento de Sanidad. Este documento será la base de los desarrollos posteriores en esta materia y recogerá las claves esenciales de la atención socio-sanitaria.

Tras el informe de la Comisión se iniciará un largo debate que, como ya señalamos en un artículo anterior, se planteará clarificar “dónde terminan las competencias de salud y comienzan las de servicios sociales, cuándo un problema sanitario se transforma en social, y, consecuentemente, dónde establecer la línea divisoria entre ambas realidades. Difícil cuestión, que plantea nada más y nada menos que la delimitación de parcelas de un todo indiviso que es el individuo, con una sola realidad, la bio-psico-social, que se ve amenazada por un problema de competencias”. (SOBREMONTTE y LEONARDO, 2001: 13-14)

Pero esta reflexión sobre el espacio socio-sanitario que se inicia en el sistema de salud hay que comprenderla dentro de un contexto más amplio: el de la reflexión estratégica iniciada en el mismo año por la sanidad vasca para reorientar el sistema ante

las nuevas realidades sociodemográficas, los cambios en los patrones de morbilidad, la incorporación de nuevas tecnologías, los costes crecientes y el aumento de las expectativas de los usuarios, realidades que presionaban al sistema a dar nuevas respuestas. El resultado de esa reflexión verá la luz en 1994 con el documento denominado *Osasuna Zainduz* (Cuidando la Salud), en el que se establecerán los pilares fundamentales por los que deberá discurrir la sanidad vasca durante los próximos años. Las bases programáticas del documento se plasmarán tres años después, en 1997, en la Ley de Ordenación Sanitaria, y en la que se definirá lo que a nuestro juicio y para el propósito que nos ocupa será sustancial: la dimensión real de la sanidad vasca y su ámbito de actuación.

Así, tal y como señala la propia Ley, quedará definido de la siguiente manera: «El ámbito reducido técnicamente a las tradicionales modalidades de la asistencia médico-sanitaria: promoción, prevención, curación y rehabilitación». Una declaración de esta naturaleza, en la que se plantea explícitamente la reducción de la actividad sanitaria a las “tradicionales” modalidades, no solo implica un retroceso en la filosofía de la atención integral de la salud, entendida como una realidad biopsicosocial, sino también el intento de ir transfiriendo responsabilidades consideradas no sanitarias a otros agentes y poderes públicos. Acorde a esta filosofía, la citada ley señalará en el art. 2 que corresponderá a todos los poderes públicos vascos preservar la salud y:

“propiciar el diseño de acciones positivas multidisciplinares que complementen a las estrictamente sanitarias (...) Se establecerán los cauces necesarios de cooperación con las administraciones públicas competentes en

materia de servicios sociales al objeto de garantizar la continuidad de la atención a los problemas o situaciones sociales que concurren en los procesos de enfermedad o pérdida de salud”.

Esta reorientación del sistema que apostará por circunscribir su ámbito competencial hacia lo *estrictamente sanitario* se plasmó también en Euskadi en una decisión política que, desde nuestro punto de vista, ha sido determinante para la coordinación socio-sanitaria hasta la fecha. Nos referimos a la decisión que tomó el Departamento de Sanidad hace ya más de veinte años de retirar a los trabajadores sociales de los equipos de atención primaria de salud por entender, malentender, sería más preciso, que los trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios podían suplir en cada distrito la atención de las necesidades psicosociales de las personas enfermas y de sus familias. Una confusión conceptual de tal envergadura da cuenta de la visión reduccionista y regresiva de la forma de concebir la atención a la salud por parte de la sanidad vasca, visión que quedará perfectamente reflejada en la ley de 1997. El repliegue en este punto dejará huérfanos no solo a los equipos de atención primaria del profesional competente para diagnosticar y tratar la dimensión social de la salud, sino lo que es aún más serio, a los pacientes y familias. En consonancia con esta filosofía, la sanidad vasca reasignará a estas primeras trabajadoras sociales sanitarias de atención primaria de salud recién contratadas funciones de gestión y coordinación entre servicios en las comarcas sanitarias, y no volverá a contratar más plazas en atención primaria.

Como algunos expertos señalaron en su momento, la ausencia de profesionales de

■ La ausencia de profesionales de trabajo social en los centros de atención primaria de salud supondrá un gran obstáculo para los contactos entre ambos sistemas.

trabajo social en los centros de atención primaria de salud supondrá un gran obstáculo para los contactos entre ambos sistemas (Aguirre Elustondo, 1993). También se oirán otras voces poniendo en cuestión la organización e inversión de funciones de ambos sistemas y alertando de que esta descoordinación tendría efectos también en la calidad asistencial, sobre todo en el ámbito de la psiquiatría (Genua y Arriola, 1995).

Y será en ese contexto y bajo esta filosofía desde donde se irán poniendo los mimbres del modelo de atención socio-sanitaria en Euskadi. Así, el camino impulsado por la sanidad en 1993 a través de la Comisión de análisis del Espacio Socio-sanitario dará lugar a una serie de acuerdos posteriores en cada territorio para la cooperación entre los servicios sociales y el sistema de salud, que se firmarán en primer lugar en Gipuzkoa en 1996, más adelante en Bizkaia y Álava en 1998.³ En ellos se irán concretando acuerdos territoriales de colaboración entre ambos sistemas para avanzar en la concreción de las necesidades sociosanitarias y en la actuación conjunta. Para salvar las dificulta-

des de coordinación real derivadas del marco político-administrativo y la distribución competencial existente en enero de 2003 se firmará finalmente el Convenio de colaboración entre el Departamento de Sanidad y el de Empleo y Asuntos Sociales para el desarrollo de la atención socio-sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Pero mientras tanto hay que tener en cuenta que el Sistema de Servicios Sociales a comienzos de la década se encontraba aún en una fase embrionaria sin la estructura y organización necesaria para garantizar el derecho de toda la ciudadanía a los servicios sociales. Por esta razón, será en 1996 cuando la segunda Ley de Servicios Sociales abordará, en su Título II, la organización del sistema de servicios sociales consolidando definitivamente la distribución de los servicios en servicios sociales especializados y en servicios sociales de base, describiendo las funciones de cada grupo y atribuyendo, en el Título III, las competencias de unos y otros entre los Ayuntamientos y los órganos forales de los territorios históricos. De esta manera, nos encontraremos a finales de la década con unos servicios que se están implantando progresivamente, y todo hay que decirlo, con escasos medios y experiencia en comparación con la sanidad.

Nos encontramos por tanto en un escenario en el que los dos sistemas caminan a velocidades diferentes y cuya actividad va

³ El 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 socio-sanitarias en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.

• El Acuerdo Marco de 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.

• El 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 socio-sanitarias en el Territorio Histórico de Álava.

prácticamente en paralelo, a excepción del trabajo de atención y coordinación socio-sanitaria, intersistémica e intrasistémica, que venían desarrollando históricamente las y los trabajadores sociales sanitarios ubicados en los diferentes dispositivos de atención sanitaria, fundamentalmente hospitalarios y de salud mental por ser precisamente, el socio sanitario, entendido tanto en sentido clínico asistencial como desde la perspectiva de la gestión y coordinación de recursos, el ámbito propio de su actuación, puesto que esta especialidad del trabajo social nacerá a primeros del siglo XX dentro de los servicios sanitarios en Estados Unidos con esa misión y se extenderá posteriormente por todo el mundo.

Así, en el marco de su actividad clínico-asistencial en los equipos y servicios de salud, la coordinación con los servicios sociales y comunitarios ha sido y sigue siendo uno de los ejes centrales del trabajo social sanitario para aquellas situaciones que presentan como denominador común: complejidad y/o intensidad de cuidados de salud, diversos niveles de dependencia, ausencia o fragilidad de sus redes naturales de apoyo social y/o situaciones de desprotección o exclusión social.

Así, queda claro que disponiendo de primera mano del conocimiento y con voluntad política es factible adaptar los procedimientos a las necesidades integrales de las personas para evitar que, como destacó Aguirre: “Una vez más lo formal-legal, lo político-administrativo se aleja de la realidad

personal/individual y social” (AGUIRRE ELUSTONDO, 1993: 4). De esta forma, se puede mejorar la calidad, ser más eficiente y eficaz con los mismos recursos y evitar duplicidades y costes de transacción innecesarios.

La importancia de la atención socio-sanitaria, su filosofía y todos los aspectos novedosos que implica tanto desde la perspectiva de la planificación como de la provisión, gestión, atención y coordinación de recursos quedó recogida por Dolors Colom⁴ en la obra titulada *La atención socio-sanitaria del futuro*, publicada en 1997, obra pionera de obligada referencia para los profesionales del sector (COLOM, 1997). Posteriormente, otros expertos como RODRÍGUEZ CABRERO (2007) o FANTOVA (2008) abordarán la cuestión de la coordinación entre servicios sociales y sanitarios desde diferentes perspectivas. Éstas y otras aportaciones serán publicadas por Demetrio Casado en 2008 en la obra *Coordinación (gruesa y fina) entre los servicios sanitarios y sociales* (CASADO, 2008).

En cualquier caso, experiencias de este tipo a nivel operativo han puesto en evidencia que las cosas pueden hacerse mejor de otra manera para que las personas y las familias no tengan que esperar en momentos tan críticos. Porque, ¿qué ocurre mientras dura la espera del servicio que se necesita? ¿Qué consecuencias tiene para las personas y sus familias? Esto es un punto clave a es-

⁴PROSAD fue la denominación que recibió el Programa de Atención Domiciliaria para garantizar la continuidad asistencial socio-sanitaria que se implementó en el Hospital de Basurto de Bilbao a finales de las noventa. Esta experiencia fue tomada como referencia del Hospital de Manresa, donde la trabajadora social, jefa del servicio de TSS, Dolors Colom, pionera en este ámbito en España, ya lo había implementado años antes con excelentes resultados en el marco del primer programa de planificación del alta hospitalaria llevado a cabo por la misma autora o desarrollado por primera vez en España y publicado en el año 2000 (Colom, 2000).

tudiar que tiene que ver con la *continuidad asistencial* de cualquier modelo socio-sanitario pero que pocas veces se ha abordado analizando lo que ocurre desde la perspectiva de las personas que esperan, sino más bien, y colateralmente, desde la perspectiva institucional. Investigaciones que se han ocupado de analizar esta cuestión han puesto en evidencia el grado de abandono institucional que se produce durante ese lapso de tiempo y la gravedad de sus consecuencias, advirtiendo de la necesidad de implantar un modelo de gestión de la espera que provea de atención integral durante esa fase tan crítica, cargada de riesgo e incertidumbre (SOBREMONTÉ, COLOM, y AURRE-KOETXEA, 2009). Tomar en cuenta esta perspectiva constituye una innovación de relevancia en el ámbito socio-sanitario. Innovación que responde a la responsabilidad ya no solo técnica sino ética de hacer lo posible y lo imposible para dar una respuesta humana, justa y solidaria a quienes sufren las consecuencias de las deficiencias del sistema o sistemas y a cuyas prestaciones y servicios tienen derecho.

3. Principales elementos del modelo

Los esfuerzos realizados por construir un modelo vasco de atención socio-sanitario, como se ha visto anteriormente, han quedado plasmados en los diferentes acuerdos interinstitucionales que se fueron firmando desde 1993 hasta el 2003. Pero será en el *Plan estratégico para el desarrollo de la atención socio-sanitaria en el País Vasco 2005-2008* donde se llegará a definir el *modelo* por el que ha apostado Euskadi y se configurarán los elementos conceptuales y rasgos constituyen-

■ La apuesta será por un modelo de coordinación entre sistemas, y no de integración o creación de un tercer sector o sistema socio-sanitario.

tes en los que deberán encuadrarse las iniciativas territoriales. Se fijarán también los objetivos y las acciones que habrá que desarrollar para consolidar el Plan. La apuesta será por un modelo de coordinación entre sistemas, y no de integración o creación de un tercer sector o sistema socio-sanitario. Este modelo se sustentará sobre la firme creencia de las sinergias y beneficios que cabe esperar de una acción conjunta entre las organizaciones sociales y sanitarias existentes.

Posteriormente, en mayo de 2006, un grupo de trabajo interinstitucional elaborará un catálogo detallado de servicios sanitarios y servicios sociales presentes al menos en uno de los tres territorios de Euskadi. Este catálogo pretenderá servir de base para la futura cartera de servicios socio-sanitarios todavía pendiente de concretar. La colaboración y cooperación iniciada será también recogida en la última Ley de Servicios Sociales de 2008. Así, ya en febrero de 2011 se presentará el Documento Marco sobre las directrices de Atención Sociosanitaria en Euskadi, que serán vinculantes para las partes implicadas a efectos de lograr las sinergias necesarias de la actuación conjunta. Este documento ha sido el referente principal para el siguiente plan estratégico y para el desarrollo de los planes operativos socio-sanitarios en cada Territorio. Por último, se elaborará y presentará el documento *Líneas estratégicas de atención socio-sanitaria para Euskadi, 2013-2016*'.

Así con el impulso para la creación del “espacio socio-sanitario”, que surge en Euskadi, al igual que en otras comunidades autónomas, desde el sistema de salud para solicitar la cooperación de otros poderes públicos, especialmente de los servicios sociales en todo aquello que entiende que excede sus competencias estrictamente sanitarias, comenzará formalmente la historia del modelo socio-sanitario de la CAE. Historia que se inicia con el acercamiento entre ambos sistemas y que se centrará en la búsqueda de estructuras de coordinación formales acordes al marco legal para superar las dificultades derivadas de las diferentes formas de financiación de cada sistema, de provisión de recursos y de organización funcional.

Pero, ¿en qué punto se encuentra hoy el

modelo vasco de atención socio-sanitaria? ¿Cuál es su mirada, su visión y su misión? En lo que sigue trataremos de exponer sintéticamente sus aspectos centrales.

Misión, visión y principios

Bajo la premisa de la coordinación, el sistema socio-sanitario vasco se construye, como hemos visto anteriormente, a partir de la colaboración entre los sistemas social y sanitario, creando un espacio común, que no un nuevo sistema con estructuras propias. A partir de esta premisa, resulta interesante observar cómo la definición del sistema, plasmada en la misión, visión y principios que lo rigen, ha ido variando a lo largo de los años en función del camino transitado y de los acuerdos adquiridos.

Tabla 1. Misión del Modelo de Atención Socio-sanitaria Vasca 2005-2013

Plan estratégico socio-sanitario 2005-2008	Líneas estratégicas de atención socio-sanitaria 2013-2016
<p>Prestar la atención que requieren las personas que por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención Sanitaria? y Social, simultánea, coordinada y estable.</p>	<p>Desarrollo de un modelo de atención socio-sanitaria efectivo, coordinado y sostenible centrado en la persona como protagonista de su proyecto vital de respuesta al compromiso de los poderes públicos de Euskadi.</p>

Fuente: (Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco, 2005, 2013)

La misión es el horizonte que persigue el sistema, lo que en un escenario ideal debería conseguir. Un análisis comparativo entre la misión del sistema definida en el plan estratégico de 2005 y la última definida en el 2013-2016 deja ver una clara evolución en la perspectiva y horizonte del sistema socio-sanitario de Euskadi. Tal y como se puede observar en la tabla 1, la coordinación es la única

de las características que se mantiene estable en el tiempo de las tres características que definen el sistema. En el camino se ha transitado de la simultaneidad y estabilidad definidas en 2005 a la efectividad y sostenibilidad en 2013. Este cambio de paradigma, que tiene como base la coordinación pero reorienta la misión, tendrá también su reflejo en el resto de aspectos comparativos que definen el sistema.

En la tabla 2 se observa la visión, también en perspectiva comparada entre ambos. En este caso la reorientación que se comienza a vislumbrar en la definición de la misión es todavía más evidente. En primer lugar, desaparece de la ecuación el verbo ‘garantizar’, comienzo de la declaración de intenciones de 2005. En segundo lugar, desaparece también la idea de conseguir un sistema integral e integrado y se sustituye por

la confianza y el consenso interinstitucional. Por si ello no fuera suficiente, la declaración de 2013 es acompañada por una frase clarividente: ‘en una línea pragmática...’. Es claro pues, que, se produce una reorientación en los elementos definitorios del sistema en clave ‘pragmática’, realista o simplemente, con una mirada más reduccionista respecto a lo que se debiera de favorecer.

Tabla 2. Visión del Modelo de Atención Socio-sanitaria Vasco 2005-2013

<p>Plan estratégico socio-sanitario 2005-2008</p>	<p>Líneas estratégicas de atención socio-sanitaria 2013-2016</p>
<p>Garantizar, al máximo número de personas de la CAPV, la prestación de servicios, tanto sanitarios como sociales, a los que tenga derecho, de acuerdo con sus necesidades asistenciales, mediante un sistema coordinado, integral e integrado, eficiente, efectivo y de calidad así como territorialmente equilibrado.</p>	<p>En una <i>línea pragmática</i> la visión podría definirse como: “la aspiración a crear un marco normativo y operativo que permita una interlocución institucional fluida y basada en unos criterios de consenso y mutua confianza”.</p>

Fuente: (Eusko Jaurlaritz - Gobierno Vasco, 2005, 2013)

Complementariamente a lo ya mencionado, desaparece de la visión del sistema la perspectiva del usuario y es sustituida por una visión ‘ad intra’ entre sistemas (sanitario y social) y niveles institucionales (autonómico, foral y local) de los mismos. La razón de ésta pudiera haber sido una definición demasiado ambiciosa en origen o a la contra, imbuidos en el pragmatismo ya mencionado con anterioridad, adquiere la primacía el criterio de coordinación interna.

Así pues, la coordinación y el consenso son los elementos principales que impregnan la misión y visión del ámbito socio-

sanitario en la CAE y los que determinan su propia organización interna. Cabe pensar que el énfasis en estos elementos manifiesta que los avances para lograr la estructura de coordinación que exige el modelo de atención socio-sanitaria por el que se ha apostado continua arrastrando las dificultades que devienen de la división competencial de los entes implicados, y que afectan, en consecuencia, a la gobernanza.

Gobernanza de la atención socio-sanitaria

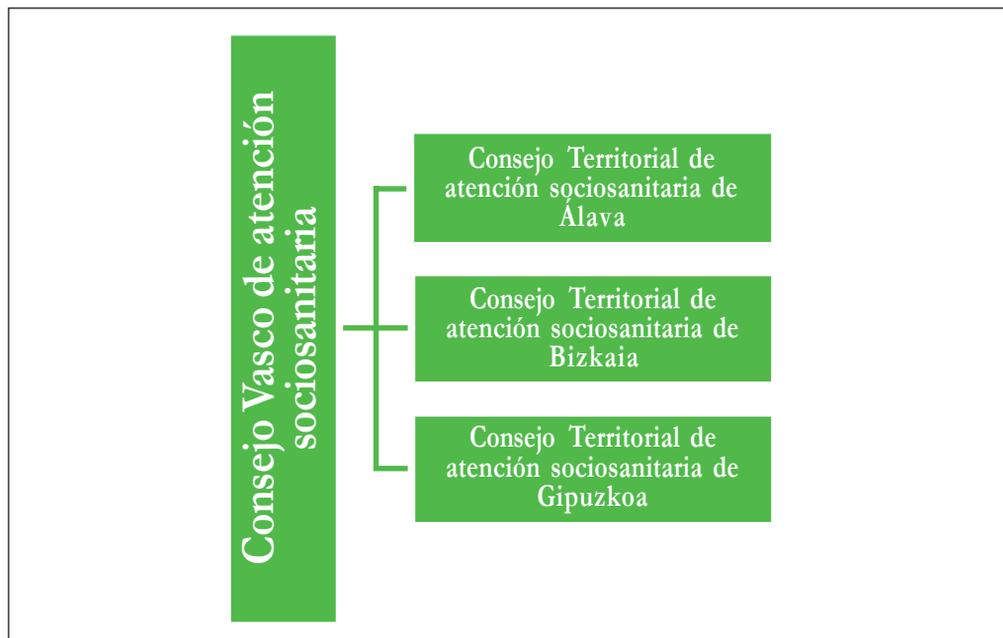
La gobernanza del sistema está determi-

nada por las estructuras que dan respuesta al principio general de coordinación mencionado previamente. Bajo este principio no existe ningún organismo cuya función principal sea la de implementar las políticas socio-sanitarias, y por lo tanto se recurre a los órganos de coordinación, o consejos, como espacios donde consensuar políticas y tomar decisiones conjuntas. Los consejos, espacios de gran tradición en el sistema político vasco, responden a la realidad de un sistema institucional fragmentado y complejo. Este hecho es más evidente en el caso del sistema de servicios sociales, donde los tres niveles institucionales tienen competencias en la materia.

Así pues, y bajo esta premisa, se estructuran los mecanismos de gobernanza del sistema socio-sanitario de la CAE. El órgano común,

encargado de marcar las directrices y aprobar los documentos estratégicos que guían el proceso, es el Consejo Vasco de Atención Socio-sanitaria. Este órgano reúne a los consejeros de Salud y Asuntos sociales, a los tres diputados forales de Servicios Sociales y a un representante de EUEDEL, asociación de municipios vascos. Se trata por lo tanto de un órgano de carácter político que tiene su reflejo a nivel territorial con los consejos territoriales de atención socio-sanitaria de cada uno de los territorios históricos. En éstos, se reúnen actualmente la diputada foral de Servicios Sociales, el delegado territorial de Salud, ambos junto con representantes de sus departamentos y un representante de EUEDEL. En el gráfico 1 se puede observar la estructura de consejos políticos del Sistema Socio-sanitario de la CAE.

Gráfico 1. Organización Política del Sistema Socio-sanitario de la CAE



Fuente: (Eusko Jaurlaritz - Gobierno Vasco, 2010)

Y es en este punto en el que se acaban todas las similitudes en cuanto a la organización de las estructuras territoriales. A partir de este punto cada uno de los territorios tiene acordado con el Departamento de Salud distintas comisiones de trabajo, entre las que destaca, con distinta denominación en cada uno de ellos, la Comisión de Orientación y Valoración, donde personal técnico de ambos sistemas evalúa los casos definidos como del ámbito socio-sanitario y ofrece una respuesta adecuada a la necesidad.

En su extenso informe de análisis del ámbito socio-sanitario de Euskadi, el Ararteko⁵ ya advertía de que la construcción del sistema socio-sanitario ha sido un proceso dilatado, con ritmos distintos en cada uno de los territorios (ARARTEKO, 2007). El esquema organizativo descrito es un reflejo fiel del mismo.

El segundo de los elementos que define la gobernanza del sistema es la financiación. Según el acuerdo marco firmado en 2010 por el Gobierno Vasco y las tres diputaciones forales, el soporte sobre el que descansan las prestaciones del sistema es el sistema de servicios sociales al que se define como marco y donde, en unos casos puntuales, la

sanidad aportará financiación (Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco, 2010):

El Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco asume la financiación de determinadas prestaciones sanitarias ofrecidas en el marco del sistema de servicios sociales (tanto en recursos de titularidad pública, como en otros de titularidad y gestión de la iniciativa social) o la cofinanciación de los recursos específicamente definidos como socio-sanitarios.

Así, nos encontramos con tres tipos de convenios:

- a) Convenios entre el Gobierno Vasco, Osakidetza y una Diputación, en los que el Gobierno financia una parte del coste de la plaza, cercana al 50%: unidades de atención sociosanitaria y centros psicosociales.*
- b) Convenios entre el Gobierno Vasco, Osakidetza y una Diputación, en los que el Gobierno financia el coste del personal médico y de enfermería.*
- c) Convenios entre el Gobierno Vasco y asociaciones o fundaciones de atención a personas dependientes o en riesgo de exclusión con problemas sanitarios específicos.*

Según los datos presentados por el Gobierno Vasco, la financiación recibida por parte del Departamento de Sanidad a cada uno de los territorios en los conceptos recientemente mencionados fue la siguiente:

Tabla 3. Financiación del Departamento de Sanidad a los territorios en concepto de acuerdos socio-sanitarios. 2011.

	Álava - Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
Financiación	2.900.358 €	3.801.059 €	7.507.643 €

Fuente: (Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco, 2015)

Sorprende, en los datos mostrados en la tabla 3, la cantidad que recibe Gipuzkoa sobre todo frente a Bizkaia, que le dobla en

población. El desarrollo y los acuerdos del ámbito socio-sanitario en Gipuzkoa han tenido mayor recorrido que en Bizkaia ya que se

⁵ Defensor del Pueblo Vasco.

comenzó su andadura seis años antes (Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco, 2010), y por lo tanto puede que sea ésta la razón de la diferencia de gasto, más consolidado en Gipuzkoa que en los otros dos territorios. Éste es, en cualquier caso, un elemento más de diferencias territoriales que vienen a poner en evidencia la territorialización del propio modelo y sus efectos en términos de equidad.

Recursos del sistema socio-sanitario

En lo que se refiere, finalmente, a los recursos con los que cuenta el sistema, huelga decir que el sistema no dispone de ningún recurso propio definido enteramente como socio-sanitario. Siguiendo los principios y criterios narrados hasta el momento, se definen un número de plazas en los recursos del sistema de servicios sociales bien sean centros residenciales o bien plazas conveniadas en unidades hospitalarias de

crónicos, que a partir de dicho momento pasan a ser financiadas de manera conjunta. Además, se financian también de manera conjunta recursos gestionados por el tercer sector pero dirigidos a los llamados ‘colectivos diana’ que forman parte del entramado socio-sanitario: personas con enfermedad mental, con VIH/SIDA, personas drogo-dependientes o con daño cerebral adquirido. La realidad de estos recursos, como también hemos mencionado previamente, difiere en cada uno de los tres territorios.

Sin embargo, las plazas residenciales para personas mayores dependientes son más sencillas de cuantificar, en tanto que se definen de forma modular en unas residencias concretas. En la tabla 4 se puede observar, según los últimos datos disponibles, el número de centros en los que se ha conveniado en cada territorio, así como el número total de plazas que supone dicho convenio.

Tabla 4. Número de centros y plazas conveniados en el régimen socio-sanitario por territorio histórico. 2010.

	Álava - Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
Número de centros	2	4	2
Número de plazas	39	190	90

Fuente: (Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco, 2010)

Las diferencias no parecen significativas si las comparamos con las poblaciones diana de cada uno de los territorios, pero sí si lo hacemos respecto a los recursos empleados para ello. Es ésta otra de las diferencias fundamentales respecto a la arquitectura del sistema.

Líneas estratégicas en desarrollo hasta el 2016

Acorde a la visión pragmática de aspirar

a crear un marco normativo y operativo que permita la interlocución institucional fluida entre los entes implicados en la atención socio-sanitaria, las líneas estratégicas en desarrollo en Euskadi hasta el 2016 son las siguientes:

1. *Definición de una cartera de servicios socio-sanitarios.*
2. *Implantación de un sistema de información y comunicación socio-sanitario.* Incluye la elaboración de la historia socio-sani-

taria y la coordinación entre los comités de ética de ambos sistemas.

3. *Formalización de acuerdos socio-sanitarios.* Se incorporan como socios a otras instancias y sectores, algunos institucionales como los departamentos de Educación, Justicia y de Seguridad Social, y otros, como el tercer sector.
4. *Plan de desarrollo en colectivos diana:* personas con trastorno mental, en riesgo de exclusión y desprotección, discapacidad y dependencia, niños y niñas con necesidades especiales, personas trasplantadas y con enfermedades poco frecuentes.
5. *Impulso de la formación, innovación y transferencia.*

4. Reflexiones finales

A partir de los elementos analizados y partiendo de la enumeración de los retos que se planteaban por algunos autores (AGUIRRE ELUSTONDO, 1993; GENUA y ARRIO-LA, 1995) al comienzo del camino de la construcción del ámbito socio-sanitario en la CAE, se han producido avances evidentes en materia de coordinación (estructuras comunes de coordinación territorial) y financiación de servicios. Esto supone un compromiso por parte de ambos sistemas, salud y servicios sociales, en el desarrollo del modelo.

Se ha producido una mayor implicación del sistema de salud en la prestación de servicios sanitarios para garantizar la continuidad asistencial entre niveles de atención primaria y especializada en sus propias demarcaciones territoriales, las comarcas sanitarias. Y en aras a facilitar esta integración intrasistémica se han creado las primeras OSIS (Organizaciones Sanitarias Integradas

- Atención Primaria y Atención Especializada). También se ha avanzado en el desarrollo de las unidades de cuidados paliativos, de daño cerebral y de rehabilitación funcional y psicosocial en el ámbito de la salud mental y de la atención temprana.

La sanidad, en su intento de demarcar con más precisión sus competencias y responsabilidades en el ámbito socio-sanitario, se ha ido decantando por la fórmula de la cofinanciación de algunos servicios de naturaleza sanitaria que se prestan en unidades residenciales que atienden a personas con diferentes procesos de salud crónicos o en periodo de convalecencia. El tiempo máximo de permanencia está limitado a un año, y los gastos están cofinanciados por ambos sistemas pero en una cuantía menor por la sanidad.

Se están produciendo actuaciones a nivel operativo y de gestión en la coordinación intersistémica entre los servicios sociales y sanitarios a través de la elaboración de protocolos de coordinación entre los profesionales de referencia de ambos sistemas que operan en el mismo territorio, con el fin de detectar situaciones de riesgo social y sanitario por ambas partes en distintos colectivos y de establecer quiénes son los agentes que en cada caso tendrán la responsabilidad de actuar para abordarlas.

En cuarto lugar, los avances realizados en la articulación y consolidación de los servicios sociales tanto de atención primaria como especializada y la incorporación del tercer sector en la prestación de servicios y de la iniciativa privada, sobre todo en el ámbito residencial a través de la concertación, son factores que están contribuyendo no solo a ampliar la oferta de recursos disponibles para mejorar la atención socio-sanitaria, sino también a la innovación en muchas de las

modalidades de servicios. Es una realidad que estas organizaciones tienen una mayor flexibilidad en la gestión, se adaptan con mayor rapidez a las necesidades cambiantes de la sociedad, y puesto que muchas de ellas surgen de la asociación de personas que padecen situaciones similares, tienen mayor potencialidad y motivación para detectar las necesidades emergentes y generar nuevos servicios más acordes a ellas.

Sin embargo, hay que subrayar dos cuestiones sustanciales que están dificultando en la práctica que la coordinación avance al ritmo que cabría esperar.

La primera tiene que ver con la dificultad que muestran ambos sistemas para innovar en las fórmulas de coordinación socio-sanitaria al plantearlas nuevamente en términos casi idénticos a lo que siempre se ha venido haciendo entre los trabajadores sociales de ambos sistemas, pero ahora introduciendo nuevos actores en la escena. La consecuencia no se hace esperar; para llegar al final del camino se requieren más esfuerzos extras que antes tanto por parte de los profesionales como de los usuarios. Y todo ello sin que aún se haya logrado desterrar uno de los principales escollos con el que siempre se topa la coordinación socio-sanitaria mencionado anteriormente: las dificultades de acceso sobre todo a los recursos sociales que devienen no solo del cumplimiento de los requisitos técnicos o relacionados con el copago, sino de la rigidez de las estructuras y lentitud de los procedimientos administrativos establecidos. Y en vez de reflexionar sobre fórmulas valientes, flexibles e innovadoras que permitan solventar los obstáculos, y evitar los elevados costes de transacción que produce la coordinación, el bucle se retroalimenta, es más, se compli-

■ **Las dificultades de acceso sobre todo a los recursos sociales que devienen no solo del cumplimiento de los requisitos técnicos o relacionados con el copago, sino de la rigidez de las estructuras y lentitud de los procedimientos administrativos establecidos.**

ca cuando al establecer nuevos circuitos de coordinación entran más actores en la escena y se establecen aún más pasos en el itinerario para llegar al punto final. Sin duda, cuantos más pasos, más trabajo para los profesionales y más esfuerzo para los usuarios. ¿Cabe pensar que la coordinación será así más eficiente, eficaz o de mayor calidad? Habrá que seguir tirando de cada uno de los hilos que forman los nudos de la madeja (SOBREMONTÉ, 2009) en los que se quedaban atrapadas las personas en el sistema.

La segunda, relacionada con la idea anterior, tiene que ver con las fórmulas y procedimientos de detección de riesgo social planteadas entre ambos sistemas que traslucen la presión del sistema sanitario sobre el social para obtener mejores, mayores y más ágiles respuestas ante las dificultades de índole social que obstaculizan el logro de los objetivos de salud. Da la impresión de que el impulso para el éxito del modelo socio-

■ **El impulso para el éxito del modelo socio-sanitario va a depender de la capacidad que tengan los servicios sociales de asumir progresivamente las responsabilidades que recaen en él.**

sanitario va a depender de la capacidad que tengan los servicios sociales de asumir progresivamente las responsabilidades que recaen en él, incrementando para ello la oferta de servicios de apoyo social en todas sus modalidades y también su intensidad. Pero para que esto pueda ser así, además del marco jurídico necesario para sustentar el modelo y de la definición sobre el papel de la cartera de servicios socio-sanitaria, el logro de un buen modelo no será posible sin una apuesta política cuyo compromiso se materialice en la práctica en un incremento notable de la financiación. Si giramos ahora nuestra mirada hacia la situación de los servicios sociales vascos y nos fijamos en que desde la última ley de 2008 hasta 2015 no ha sido posible probar el decreto de cartera, no resulta difícil pensar que las cuestiones financieras que han demorado el proceso se repitan en el caso de la cartera de servicios socio-sanitarios, donde la complejidad puede ser aún mayor si se tiene en cuenta que hay más sistemas implicados que tienen que negociar y consensuar, y no solo nos referimos al de servicios sociales, sino también al educativo, al de empleo, etc.

A partir de esta realidad enumeramos los retos que en nuestra opinión siguen pendientes y que urge abordar para que el modelo de la atención socio-sanitaria de la CAE en el futuro se consolide.

1. Path dependency e inequidades territoriales. Superar la división, las inercias institucionales y las distintas realidades que ello crea en cada uno de los territorios, generando en la rea-

lidad tres sistemas en una única comunidad autónoma en un marco de inequidad.

2. Marco jurídico común y cartera socio-sanitaria. Es imprescindible, una vez aprobada la cartera de servicios sociales, la definición de una normativa común, en forma de cartera socio-sanitaria.

3. Apuesta por la centralidad del TS sanitario. Incorporándolo en los equipos de atención primaria y potenciando su presencia en los centros comunitarios de salud mental, como profesionales de referencia y de gestión y atención de casos; ello posibilitaría no sólo la mejora y eficiencia de la atención socio-sanitaria, sino algo que es esencial: la prevención comunitaria.

4. Apuesta por el enfoque real centrado en la persona. Que supondría implementar de una forma real la metodología y cambio de paradigma que supone este modelo tal y como recoge VILÁ y RODRIGUEZ (2014).⁵

5. Reconocimiento mutuo y lenguaje común. Que cada uno de los sistemas asuma como propio lo que el otro valora, diagnostica y prescribe. Que se trabaje por procesos socio-sanitarios.

En conclusión se puede afirmar que en la CAE la capacidad de penetración del sector sanitario en los cuidados de la salud de la comunidad se produce a mayor ritmo que la del sector social, cuyos recursos son más limitados a este respecto. Es imprescindible

⁵ Hay que señalar que ya en 2004 Antoni Vilá en su artículo 'Estructuras institucionales de la protección social de la dependencia en España' revisó el marco jurídico y las distintas respuestas articuladas desde los diversos ámbitos implicados por la dependencia (Vilá, 2004).

encontrar el equilibrio necesario y generar un espacio que sea realmente socio-sanitario en su definición e implementación, dotándolo de los recursos para ello.

Podemos afirmar que se han dado muchos pasos. La CAE ha tenido la valentía de

poner en marcha el modelo a priori más eficiente en la realidad institucional más compleja para su implementación. No es extraño que tras 25 años de andadura quede aún un largo trecho por recorrer. Hay mimbres y voluntad para ello. *Tempus fugit! Alea jacta est!*

Bibliografía

- AGUIRRE ELUSTONDO, J. A. «Conexión de la asistencia social y sanitaria. Análisis estratégico», en *Zerbitzuan Aldizkaria, Revista de Servicios Sociales*, nº 23 (1993). Pág. 4-14.
- ARARTEKO. *Atención socio-sanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*. Vitoria - Gasteiz: Ararteko, 2007.
- CASADO, D. *Coordinación (gruesa y fina) entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Editorial Hacer, 2008.
- COLOM, D. *La atención sociosanitaria del futuro: nuevas realidades, nuevas soluciones*. Barcelona: Editorial Mira, 1997.
- COLOM, D. *La planificación del alta hospitalaria*. Barcelona: Editorial Mira, 2000.
- Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco. Plan Estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco. Vitoria - Gasteiz, 2005.
- Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco. Documento marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la CAE. Vitoria - Gasteiz, 2010.
- Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco. Líneas estratégicas de atención sociosanitaria para Euskadi 2013-2016. Vitoria - Gasteiz, 2013.
- Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco. Plan estratégico de servicios sociales 2016-2019. Vitoria - Gasteiz, 2015.
- FANTOVA, F. «Experiencias de coordinación sociosanitaria», en CASADO, D. (Ed.) *Coordinación (gruesa y fina) entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Editorial Hacer, 2008. Pág. 107-116.
- GENUA, I. y ARRIOLA, E. «El Espacio sociosanitario. Propuesta de acción a corto plazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco», en *Zerbitzuan Aldizkaria, Revista de Servicios Sociales*, nº 26 (1995). Pág. 38-48.
- Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales (BOPV de 12 de noviembre de 1996).
- Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi (BOPV de 21 de julio de 1997).
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales (BOPV de 24 de diciembre de 2008).
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. «Los pilares de la Ley de Dependencia. Especial referencia a la coordinación institucional», en *Revista de Análisis Local*, nº 70 (2007). Pág. 21-30.
- SOBREMONTTE, E. «Deshaciendo la madeja de los servicios sociales», en *EHUko Uda Ikastaroak*. Donostia - San Sebastián: UPV-EHU, 2009.
- SOBREMONTTE, E.; COLOM, D. y AURREKOETXEA, M. *Análisis del impacto psicosocial del tiempo de espera para el acceso de las personas en situación de dependencia y sus familias a un recurso residencial*. Madrid: Imserso, 2009.
- SOBREMONTTE, E. y LEONARDO, J. «El espacio socio-sanitario en la Comunidad Autónoma de Euskadi: una propuesta funcional de análisis», en *Zerbitzuan Aldizkaria, Revista de Servicios Sociales*, nº 39 (2001). Pág. 5-18.
- VILÁ, A. «Estructuras institucionales de la protección social de la dependencia en España», en CASADO, D. (Ed.) *Respuestas a la dependencia*. Madrid: Editorial CCS, 2004. Pág. 153-156.
- VILÁ, A. y RODRÍGUEZ, P. *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid: Editorial Tecnos, 2014.