



Arabako Foru
Aldundia
Diputación
Foral de Álava



Bizkaiko Foru
Aldundia
Diputación
Foral de Bizkaia



Gipuzkoako Foru Aldundia
Diputación Foral de Gipuzkoa



DOCUMENTO MARCO PARA LA ELABORACIÓN DE LAS DIRECTRICES DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

DICIEMBRE 2010

INDICE

Introducción	3
Capítulo I. Objetivos	6
Capítulo II. Metodología.....	7
Capítulo III. Definición, aspectos conceptuales de la atención y coordinación sociosanitaria.....	9
Capítulo IV. Modelo actual de atención y coordinación sociosanitaria.....	11
1. Marco normativo	11
1.1. Normativa estatal	
1.2. Normativa autonómica	
1.2.1. Marco competencial y normativa sectorial	
1.2.2 El espacio de coordinación sociosanitaria	
1.3. La coordinación y atención sociosanitaria: planes, acuerdos, programas, protocolos y convenios interadministrativos	
2. Población susceptible de atención sociosanitaria.....	32
3. La respuesta a las necesidades de atención sociosanitaria en la CAPV	40
3.1. Recursos: centros y servicios para responder a las necesidades sociosanitarias de la población	
3.1.1. Recursos sociosanitarios	
3.1.2. Programas	
3.1.3. Modelo organizativo de acceso a los recursos sociosanitarios	
3.2. Estructuras, órganos y protocolos de coordinación sociosanitaria	
4. Financiación.....	53
Capítulo V. Consideraciones	55
Capítulo VI. Líneas estratégicas.....	60
Bibliografía.....	65

ANEXOS:

I. Recursos de la red social	67
II. Recursos sanitarios	77
III. Una aportación desde los servicios sociales municipales de Gipuzkoa a la valoración de la coordinación sociosanitaria.....	84
IV. Propuestas de posibles experiencias a desarrollar.....	87

INTRODUCCIÓN

Finalizado el período de vigencia del Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008, referencia por excelencia en esta materia en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), y coincidiendo con esta nueva legislatura, resulta necesario realizar una valoración sobre el modelo actual de atención y coordinación sociosanitaria y proponer las actuaciones estratégicas a llevar a cabo en los próximos años.

En la CAPV se ha optado, para la construcción de este espacio sociosanitario, por un modelo de coordinación entre todas las instituciones competentes en la materia, basado en la armonización de las respectivas políticas. Este modelo de coordinación se recogió hace ya siete años en el espíritu del convenio de colaboración suscrito el 30 de enero de 2003 entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa y EUDEL, Euskadiko Udalen Elkarte-Asociación de Municipios Vascos, para el desarrollo de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco y en los elementos de diseño, construcción y desarrollo recogidos en el citado Plan Estratégico. También es el modelo que, atendiendo a esos antecedentes, se recoge en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.

Permanecen vigentes los principios básicos para el modelo de atención sociosanitaria que se definieron en el convenio de colaboración de 2003:

- El respeto a la autonomía de gestión de cada una de las instituciones competentes
- La actuación bajo el principio de consenso: el modelo sociosanitario se percibe como un modelo de convergencia
- La estructura organizativa tendrá una composición paritaria
- Se realizará la actuación permanente de los sistemas y sus mecanismos, propiciando la proactividad

La nueva Ley de Servicios Sociales prevé que a nivel autonómico, la articulación de esta cooperación y coordinación, recaerá en el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, cuya finalidad es la orientación y el seguimiento de las decisiones políticas, normativas, económicas, organizativas y asistenciales en materia de coordinación sociosanitaria. En cambio, la promoción y facilitación de la coordinación

sociosanitaria en los niveles de atención primaria y secundaria, así como en el marco del trabajo interdisciplinar y en el diseño de los itinerarios de intervención con las personas usuarias, se asigna a otros cauces de coordinación que adoptarán la forma de consejos territoriales, comisiones u otros órganos de carácter mixto. El texto formaliza así, con rango legal, la existencia de un Consejo de ámbito autonómico que se encuentra en funcionamiento desde su creación en el marco del ya referido convenio interinstitucional de colaboración de 2003.

A nivel operativo se ha sustituido la figura de coordinador sociosanitario de la CAPV por la existencia de dos referentes: uno en el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales y otro en el Departamento de Sanidad y Consumo.

El referente propuesto por el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales es el Director de Servicios Sociales. Por el Departamento de Sanidad y Consumo es la Directora Territorial de Gipuzkoa quien, con el fin de poder responder adecuadamente al reto sociosanitario, ha constituido un equipo multidisciplinar responsable de coordinar e impulsar las líneas estratégicas.

En febrero de 2010 este equipo presenta un borrador “Informe Sociosanitario” que pretende servir de base para la incorporación de las iniciativas de todas las instituciones implicadas. El objetivo es alcanzar un documento vinculante que mas allá de una coordinación entre instituciones suponga una sinergia como resultado de la acción simultánea de todos los agentes. Este documento será el referente para la elaboración del futuro plan estratégico y el desarrollo de los planes operativos sociosanitarios en cada territorio. De esta forma, sobre la primera propuesta, se han ido incorporando las aportaciones del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del GV, las Diputaciones Forales, EUEDEL y Osakidetza.

Sigue siendo plenamente válida la definición de misión de la atención sociosanitaria establecida en el referido Plan Estratégico: “Prestar la atención que requieren las personas que por causa de problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social, simultánea, coordinada y estable”.

Son muchos los avances que se han logrado en los últimos años en la prestación de la atención sociosanitaria, pero queda todavía mucho trabajo por hacer. En este sentido,

se apuesta por el desarrollo de una Atención Primaria Sociosanitaria que mediante equipos interdisciplinarios responda de manera integral a las necesidades de las personas usuarias y permita incorporar el lugar de residencia habitual como principal provisor de cuidados.

Las líneas de trabajo que se plantean en el presente documento se basan en una filosofía de responder a la creciente demanda sociosanitaria de la población vasca, no sólo mediante la incorporación de nuevos recursos, sino a través de la reorganización y coordinación de los dos sistemas aprovechando las sinergias y los recursos de ambos con el objetivo último de alcanzar un modelo sociosanitario desarrollado, coherente y sostenible, identificando como principal actor del mismo a la persona usuaria en su entorno habitual de residencia.

CAPITULO I. OBJETIVOS

Los objetivos que se plantean con este informe son:

- Disponer de un documento conceptual y diagnóstico sobre el modelo actual de atención y coordinación sociosanitaria en la CAPV.
- Proponer las líneas estratégicas y los objetivos en este ámbito que han de servir para realizar un nuevo Plan Estratégico Sociosanitario, que deberá ser acordado por los distintos niveles administrativos integrantes del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, del cual deberán emanar los Planes Operativos adecuados a cada Territorio Histórico.

El futuro Plan Estratégico deberá contemplar dos tipos de cambios que deben estar perfectamente sincronizados:

- Cambios en el sistema sanitario adecuados a la estrategia de la cronicidad.
- Cambios en el sistema de servicios sociales como consecuencia del desarrollo de la Ley de 2008 y de la Cartera de Prestaciones y Servicios.

Estos cambios deben tener en cuenta que las personas susceptibles de recibir atención sociosanitaria son las protagonistas de su proyecto de vida y que el acompañamiento profesional debe ser la herramienta básica que apoye la búsqueda y consecución del máximo nivel de autonomía.

CAPITULO II. METODOLOGÍA

Este informe se ha realizado en base fundamentalmente a la información de dos documentos recientemente publicados en la CAPV: el informe del Tribunal Vasco de Cuentas Públicas “Plan de Atención Sociosanitaria del País Vasco, valoración económico-financiera 2005-2008” y el Informe Extraordinario del Ararteko “Atención Sociosanitaria una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos”. Dicha información ha sido actualizada y completada de la forma que a continuación se especifica:

1. Definición, aspectos conceptuales de la atención y coordinación sociosanitaria

En este apartado se recogen las conclusiones definitorias que realiza el informe del Ararteko. Además, se añaden las definiciones expuestas en esta materia tanto en los planes como en la normativa más reciente a nivel estatal y autonómico:

- Libro Blanco sobre la Atención a las personas en Situación de Dependencia en España.
- Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco. 2005-2008.
- Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.

2. Modelo actual de atención y coordinación sociosanitaria

En este capítulo se presenta una descripción de la situación actual en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Se empieza por el marco jurídico y posteriormente se actualizan y amplían los datos expuestos en los referidos informes con relación a:

- Marco normativo (estatal y autonómico)
- Planes, acuerdos, programas, protocolos y convenios interadministrativos
- Población susceptible de atención sociosanitaria
- Recursos, centros y servicios para responder a las necesidades sociosanitarias de la población
- Modelo organizativo de acceso a los recursos

- Estructuras, órganos y protocolos de coordinación sociosanitaria
- Financiación

Para la actualización de la información se ha tenido en cuenta lo dispuesto en la nueva Ley de Servicios Sociales de la CAPV, y en los convenios y protocolos firmados por el Departamento de Sanidad y Consumo en los dos últimos años; asimismo, se han consultado las bases de datos de las Diputaciones Forales y Direcciones Territoriales del Departamento de Sanidad y Consumo y se han contrastado dichos datos con diferentes servicios de Osakidetza. También se ha contado con información referente a experiencias desarrolladas en el ámbito municipal aportada por EUDEL y con los datos que se recogen en el *VIII. Informe sobre la situación de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco*, informe elaborado anualmente por el departamento responsable de servicios sociales del Gobierno Vasco.

Intentar cuantificar la población susceptible de recibir atención sociosanitaria ha implicado la consulta de bibliografía, estudios, estadísticas y bases de datos de diferentes instituciones (INE, EDAD, EUSTAT, IMSERSO, Emakunde, Departamentos de Política Social de las Diputaciones Forales, Departamento de Sanidad y Consumo, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, Osakidetza,...). La utilización de diversas fuentes ha supuesto que el marco temporal de referencia de los datos aportados no sea siempre el mismo.

Los datos que se exponen pretenden un acercamiento a esta realidad sabiendo de antemano las dificultades de concreción existentes. Las cifras de población susceptible que se presentan no constituyen el número total de candidatos a recibir atención sociosanitaria, ya que, hay un importante número de personas que se incluyen en diferentes apartados (por ejemplo: persona mayor, con enfermedad crónica, que ha tenido ingresos en hospital de media estancia y/o centro sociosanitario, calificada de dependiente y con reconocimiento de discapacidad), lo que implica el solapamiento de grupos; en otros casos, como en las víctimas de maltrato o negligencia en el cuidado, se desconoce la magnitud real del problema.

CAPÍTULO III. DEFINICIÓN, ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Lo que en el contexto más cercano a la CAPV se ha dado en denominar Atención y Coordinación Sociosanitaria responde a diversas denominaciones y a modelos de atención también diferentes en los países que constituyen el llamado “mundo desarrollado”. A pesar de esto, el informe del Ararteko, tras hacer un análisis de numerosas experiencias, recoge los siguientes elementos que pueden considerarse definatorios:

- Responde a situaciones de necesidad complejas que requieren de intervenciones de naturaleza mixta, sociales y sanitarias, de forma simultánea, o también secuencial, pero en todo caso complementaria y estrechamente articulada.
- Tiene un objetivo principal: garantizar la continuidad de cuidados, evitando desajustes materiales -solapamientos y vacíos o déficit de cobertura- y desajustes temporales - desfases o tiempos de espera entre los diferentes servicios.
- Recurre, para su prestación, a una serie de estrategias e instrumentos de colaboración que se articulan en torno al principio de interdisciplinariedad.
- Tiene su sentido y fundamento en un enfoque de atención integral centrado en la persona y orientado a garantizar el máximo nivel de bienestar, calidad de vida y autonomía, otorgando prioridad y facilitando, siempre que sea posible, su permanencia en su entorno social habitual.

De forma global, en nuestro entorno se tiende a diferenciar dos modelos básicos de atención: el de la coordinación sociosanitaria y el de la creación de una tercera red. Tanto a nivel estatal como autonómico se opta por la primera fórmula.

Así el Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España publicado en 2005 define la coordinación sociosanitaria como un “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistema sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia”.

En el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008, se precisan de la siguiente manera la misión y la visión que definen el modelo propuesto: “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. “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”. “Las entidades y organismos de la CAPV implicados en el tema propugnan con claridad un enfoque no integrado, de forma que existan las dos redes actuales pero funcionando coordinadamente bajo el principio de la integración funcional de ambas en su aportación a la atención sociosanitaria”.

Por último, la Ley de Servicios Sociales de la CAPV establece que “La atención sociosanitaria comprenderá el conjunto de cuidados destinados a 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, ajustada al principio de continuidad de la atención.”

CAPITULO IV. MODELO ACTUAL DE ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA

1. MARCO NORMATIVO

1.1. Normativa estatal

En el ámbito sanitario, la Constitución de 1.978 atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y a las Comunidades Autónomas la posibilidad de asumir competencias en sanidad e higiene.

En el ámbito de los servicios sociales, en cambio, la Constitución no atribuye competencias al Estado en esta materia y sí prevé que las asuman las Comunidades Autónomas.

La inexistencia de una atribución competencial a favor del Estado en materia de asistencia y servicios sociales ha conllevado que la normativa estatal que haga referencias a la atención sociosanitaria sea escasa. En concreto:

- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, alude a la necesaria coordinación con los servicios sociales al regular la atención sanitaria en el campo de la salud mental (art. 20).
- El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, extiende esa necesaria coordinación entre los servicios sanitarios y sociales a los supuestos en que concurren problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias con situaciones de enfermedad o pérdida de salud.
- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, define en su art. 14 la prestación sociosanitaria en los siguientes términos:
 - 1.- La atención sociosanitaria comprende los cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios

sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

2.- En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- a. Los cuidados sanitarios de larga duración
- b. La atención sanitaria a la convalecencia
- c. La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3.- La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones Públicas correspondientes.”

- El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización, incluye referencias a la intervención coordinada de los servicios de salud y de los servicios sociales en diferentes áreas de atención:

- Atención comunitaria.
- Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
- Atención a las personas mayores en riesgo.
- Atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas.
- Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades.
- Atención a la salud mental.

Por último, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, incluye en su articulado diversas referencias a la atención sociosanitaria. En particular:

- Entre los principios inspiradores de la Ley incluye la atención de forma integral e integrada; la calidad de los servicios; y la colaboración de los servicios sociales y sanitarios. art. 3, c, j y l).
- Atribuye a las Comunidades Autónomas la función de establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención (art. 11.c).

- o Alude a la coordinación de los servicios sociales y sanitarios para el desarrollo de actuaciones en orden a la prevención de las situaciones de dependencia (art. 21).

1.2. Normativa autonómica

1.2.1. Marco competencial y normativa sectorial

Las competencias en materia de servicios sociales y de sanidad fueron asumidas por la Comunidad Autónoma del País Vasco en los términos establecidos en los artículos 10 y 18, respectivamente, del Estatuto de Autonomía.

En lo que respecta a la distribución competencial en el seno de la Comunidad Autónoma del País Vasco, ésta viene regulada por la Ley 27/1983, de 25 de noviembre, de Relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos, que establece fórmulas distintas en los ámbitos de la sanidad y los servicios sociales. Mientras que en el primer caso no atribuye ninguna competencia a los Órganos Forales de los Territorios Históricos, por lo que corresponde a las Instituciones Comunes la competencia para la ejecución de la legislación básica del Estado y el desarrollo legislativo en materia de sanidad interior (salud pública y asistencia sanitaria), así como la organización y administración de todos los servicios sanitarios asumidos en virtud del Estatuto, en el ámbito de los servicios sociales atribuye a los Órganos Forales de los Territorios Históricos la ejecución dentro de su territorio de la normativa de las Instituciones Comunes, incluyendo en esas competencias ejecutivas las potestades reglamentaria para la organización de sus propios servicios, administrativa y revisora en la vía administrativa. El Gobierno Vasco ostenta, además del ejercicio de la iniciativa legislativa, la potestad reglamentaria en materia de servicios sociales, la planificación general de los servicios sociales en el territorio de la Comunidad Autónoma del País Vasco y la coordinación sobre las Diputaciones Forales y los Ayuntamientos, así como la provisión de los servicios declarados de acción directa.

En este escenario competencial es la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales, la que regula el Sistema Vasco de Servicios Sociales, cuyas principales aportaciones son:

- Declara el derecho subjetivo a los servicios sociales, constituido en derecho de ciudadanía, garantizando el carácter universal de las prestaciones y los servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales y su provisión por parte de las administraciones públicas vascas en el marco del Catálogo de Prestaciones y Servicios de dicho sistema.
- Concibe el Sistema Vasco de Servicios Sociales como una red articulada de atención de responsabilidad pública, e integrada por prestaciones, servicios y equipamientos de titularidad pública y de titularidad privada concertada, cuya finalidad es favorecer la integración social y la autonomía de todas las personas, familias y grupos, desarrollando una función promotora, preventiva, protectora y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional.
- Explicita el enfoque de atención, de carácter comunitario, capaz de otorgar prioridad al mantenimiento de las personas en su entorno de vida habitual.
- Destaca entre sus principios la responsabilidad pública, la universalidad, la proximidad de los servicios a la ciudadanía y su descentralización; la igualdad y la equidad en el acceso y en la utilización de las prestaciones y servicios; la prevención, la integración y la normalización; la atención personalizada, integral y continua.
- Establece la estructura general del Sistema Vasco de Servicios Sociales, distinguiendo entre los servicios sociales de atención primaria y los de atención secundaria, que se diferencian, entre otros criterios o variables, por la mayor o menor intensidad del apoyo prestado y que en ambos casos puede ser especializado.
- Entra a regular los tres principales niveles de actuación: la intervención de los servicios sociales en el ámbito local, a través de los servicios sociales municipales, con especial atención a la definición del servicio social de base como elemento básico de la estructura y como primer punto de acceso al sistema; la intervención en el ámbito territorial, desde las Diputaciones Forales, y la intervención en el ámbito autonómico, desde el Gobierno Vasco.

Respecto a sanidad es la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi (Ley 8/1997 de 26 de junio) la que para llevar a cabo una adecuada organización y ordenación de las actuaciones que competen a la Administración sanitaria vasca conforma el sistema sanitario de Euskadi, que tiene como objetivo último el mantenimiento, la recuperación y mejora del nivel de salud de la población y que está configurado con un carácter integral por todos los recursos sanitarios públicos de la CAPV. El sistema sanitario de Euskadi, en los términos previstos en esta Ley, garantizará las prestaciones sanitarias individuales conforme a la ordenación básica del sistema nacional de salud.

Se rige por los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios y participación ciudadana. Las directrices de política sanitaria, y los objetivos de salud respecto a los cuales se formulen, se ajustarán a dichos principios, persiguiendo una constante adecuación de la planificación de las actuaciones y de los recursos, a las necesidades sanitarias de la población.

La planificación sanitaria tiene como base principal de ordenación territorial la división de todo el territorio de la CAPV en las demarcaciones geográficas denominadas áreas de salud, que serán delimitadas reglamentariamente de acuerdo con la situación socio-sanitaria. En el ámbito de cada área de salud se podrá señalar la ordenación territorial inferior que resulte necesaria en función de cada circunstancia territorial y, en su caso, para cada tipología de prestaciones y servicios sanitarios. En cada área se garantizará una adecuada ordenación de la atención primaria y su coordinación con la atención especializada.

Fija el desarrollo interno de la organización mediante el principio de separación de los cometidos. Correspondiendo al Departamento de Sanidad y Consumo asegurar la atención sanitaria pública universal, siendo así el responsable de la planificación, financiación y regulación del sistema, funciones que configuran la esencia del aseguramiento de la provisión. Ésta se lleva a cabo a través de Osakidetza que es el provisor público de servicios sanitarios.

Se instituye el Plan de Salud de Euskadi como el instrumento superior de planificación y programación del sistema, por el que se establecen los objetivos básicos de salud para la política sanitaria y se definen las prioridades que durante el tiempo de su vigencia han de ser atendidas con los recursos disponibles.

1.2.2. El espacio de coordinación sociosanitaria

La citada Ley 8/97, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi ya dispone en su artículo 2.3 que “se establecerán los cauces necesarios de cooperación con las Administraciones públicas competentes en materia de servicios sociales al objeto de garantizar la continuidad en la atención a los problemas o situaciones sociales que concurren en los procesos de enfermedad o pérdida de salud”.

Pero es la ya mencionada Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, la que establece el nuevo marco normativo en la materia.

Dicha Ley crea el Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales el cual, conforme dispone el art. 44, tendrá entre sus funciones “Deliberar y acordar las principales estrategias y propuestas que desde el Sistema Vasco de Servicios Sociales podrán presentarse en los foros de coordinación con otros sistemas y políticas públicas, en particular con el sistema de salud...”

Establece, asimismo, la necesaria cooperación y coordinación entre el Sistema Vasco de Servicios Sociales y otros sistemas y políticas públicas, en particular, entre otros, con el sistema de salud. A estos efectos, indica que se establecerán cauces formales de cooperación a través de la creación de órganos de cooperación interadministrativa u otras formulas que se estimen convenientes; se arbitrarán instrumentos y protocolos conjuntos de actuación y, en su caso convenios de colaboración con o sin contenido económico; y, cuando lo estimen conveniente, podrán establecer catálogos y/o carteras conjuntas de servicios y prestaciones.

La cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario se regula en el art. 46, el cual, tras definir la atención sociosanitaria en los términos expuestos en el Capítulo III de este documento, especifica los colectivos particularmente susceptibles de ser atendidos en este marco:

- personas mayores en situación de dependencia
- personas con discapacidad

- personas con problemas de salud mental, en particular las personas con enfermedad grave y crónica y las personas con problemas de drogodependencias
- personas con enfermedades somáticas crónicas y/o invalidantes
- personas convalecientes de enfermedades que, aún habiendo sido dadas de alta hospitalaria, todavía no disponen de autonomía suficiente para el autocuidado
- personas con enfermedades terminales
- otros colectivos en riesgo de exclusión, en particular las personas menores de edad en situación o riesgo de desprotección o con problemas de comportamiento, las mujeres víctimas de violencia de género, o la población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y social.

En orden a una mejor coordinación e integración del trabajo social y sanitario, dicho art. prevé la posibilidad de constituir dispositivos exclusivamente sociosanitarios, así como unidades específicamente sociosanitarias insertas en dispositivos o establecimientos de carácter más amplio, indicando que el carácter sociosanitario de una actuación lo da la naturaleza de la misma con independencia de la titularidad social o sanitaria del dispositivo o establecimiento en el que se preste.

Añade que los servicios sociosanitarios son agregados de prestaciones incluidas en las respectivas carteras del sistema social y sanitario, si bien aplicadas de forma coordinada, simultánea y estable. A este fin, asigna al Gobierno Vasco la delimitación de aquellas prestaciones que deban considerarse propias del ámbito de los servicios sociales, tanto cuando se presten en el marco de un servicio social como cuando se presten en el marco de un servicio de naturaleza sanitaria. Sin perjuicio de lo anterior, y teniendo en cuenta la evolución de las necesidades mixtas y complejas susceptibles de ser atendidas en su marco, se articulará una cartera de servicios sociosanitarios u otras fórmulas o instrumentos que garanticen la idoneidad de la atención.

Por último, establece los cauces a través de los cuales se articulará la coordinación y la cooperación entre el Sistema Vasco de Servicios Sociales y el Sistema de Salud, señalando que recaerá en el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, cuya composición será paritaria entre los representantes de las administraciones públicas autonómica, foral y municipal competentes. A nivel foral y municipal existirán cauces de coordinación en forma de Consejos Territoriales, comisiones u otros órganos de carácter mixto.

Por otra parte, en su art. 56.3 señala que las administraciones competentes deberán avanzar en la clarificación progresiva de sus responsabilidades de financiación de las prestaciones de las que son competentes y establece que en el caso de atención prestada en el ámbito sociosanitario, la financiación de los dispositivos exclusivamente sociosanitarios, de las unidades específicamente sociosanitarias y de la atención sociosanitaria general podrá realizarse conjuntamente entre las administraciones públicas concernidas mediante los convenios que se lleguen a tal fin, acogiéndose en cambio, a las fórmulas de compensación económica que procedan desde el sistema sanitario hacia el de servicios sociales, o a la inversa, en caso de que los servicios que sean competencia de uno de ellos se presten por motivos diversos en dispositivos adscritos al otro.

1.3. La coordinación y atención sociosanitaria: Planes, acuerdos, programas, protocolos y convenios interadministrativos

Los principales planes y convenios aprobados en esta materia son los siguientes:

- **1989: Acuerdo entre la Diputación Foral de Bizkaia y Osakidetza – Servicio Vasco de Salud, para la puesta en funcionamiento de un centro residencial destinado al cuidado de personas afectadas por VIH.**

- **1991: Acuerdo para la puesta en funcionamiento de Villa Betania. Acuerdo entre la Diputación Foral de Gipuzkoa, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Caritas Diocesana de Gipuzkoa**, como gestora del centro, para la puesta en funcionamiento de un centro residencial, situado en Villa Betania de Donostia-San Sebastián, destinado al cuidado de personas enfermas de SIDA. Cuentan un programa de atención específica por parte de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y el equipo de hospitalización domiciliaria del Hospital Donostia.

- **10/12/1992: Convenio de colaboración con la Diputación Foral de Gipuzkoa, en materia de ejercicio de la acción concertada de servicios de asistencia sanitaria y servicios sociales con la Fundación José Matía Calvo, de Donostia-San Sebastián.**

A través de este convenio, el Departamento de Sanidad y la Diputación Foral de Gipuzkoa se comprometen a coordinar las acciones de concertación de servicios de carácter sanitario y social que desarrollen, de acuerdo con sus respectivas competencias, con la entidad Fundación José Matía Calvo (después Fundación Matía). Más concretamente, se establece la conversión gradual del Centro Julián Rezola en un centro residencial asistido para personas mayores, con la totalidad de las plazas concertadas con la DFG, y se reserva un número determinado de plazas para personas con discapacidad física gravemente afectada en el Centro Ricardo Bermingham.

- 9/3/1993: Convenio de Cooperación para Mejorar y Racionalizar la Cobertura de la Atención Psicogeriátrica en Álava.

Por primera vez, se explicita la necesidad de proceder a múltiples intervenciones que, si bien a nivel formal competen preferentemente al ámbito de los servicios sociales o al sanitario, “en la práctica, los destinatarios de estos servicios suelen presentar problemáticas mixtas cuyo abordaje requiere una visión global y un trabajo en común entre las Instituciones implicadas”.

Osakidetza se compromete a ampliar en 70 camas el Hospital Psiquiátrico de Álava entonces en construcción, mientras el IFBS se compromete a ampliar su red de centros de día en 40 plazas y su red de centros de noche en 15 plazas. Ambas instituciones se comprometen también a agilizar los traslados entre sectores y al intercambio de personas indebidamente internadas en centros psiquiátricos y/o sociales. Se crea además la Comisión de valoración de casos, que funcionaría durante los siguientes catorce años en el ámbito de las personas mayores. Aunque efectivamente se ampliaron las plazas, no se dedicaron a lo que estaba previsto; el IFBS, por su parte, si puso en marcha el Centro de Día.

Aunque el convenio es derogado tras la aprobación del convenio marco de 1998, se mantienen en vigor algunos de los convenios que derivan del mismo.

- 20/10/1994: Convenio de Cooperación entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y Osakidetza para la Asistencia Sanitaria en las residencias de la Tercera Edad.

Se establece para garantizar la prestación de los servicios sanitarios (atención médica y de enfermería) en la Red de Residencias de la Tercera Edad en Gipuzkoa, gestionadas, tuteladas o concertadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa. En cuanto a la atención médico sanitaria, Osakidetza se compromete a incluir bajo la

responsabilidad de un facultativo la totalidad de las cartillas sanitarias de las personas residentes de cada centro.

En cuanto a la asistencia de enfermería, se compromete a atender las necesidades de cuidados sanitarios de las personas residentes dentro del conjunto de sus prestaciones.

En el caso de que Osakidetza no pueda hacerse cargo de las prestaciones fijadas y el Centro disponga en su plantilla de personal de enfermería, el convenio establece que Osakidetza compensará el coste económico de la atención de enfermería precisa para atender las necesidades en cada Centro Residencial, de conformidad con unos precios predefinidos.

Supone el primer acuerdo establecido para la compensación de los gastos sanitarios realizados por las Diputaciones y el inicio del modelo que años más tarde se intenta generalizar en la CAPV.

- 20/5/1996: Acuerdo marco de colaboración entre el Departamento de Sanidad/Osakidetza y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para la cobertura de las necesidades sociosanitarias del Territorio Histórico de Gipuzkoa.

Se establece a través de este convenio un marco general para la coordinación y la colaboración entre la Diputación Foral y el Departamento de Sanidad, que se desarrollará a través de convenios específicos. Se establece también la Comisión territorial de atención sociosanitaria y una serie de comisiones sectoriales.

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

- Octubre de 1996: Protocolo de coordinación entre los centros de atención primaria de la Comarca Álava y los Servicios Sociales de Base.

Derivación y atención a personas mayores, en la actualidad no está en vigor.

- 1997: Convenio de cooperación para mejorar la rehabilitación y fisioterapia en la Rioja Alavesa.

Osakidetza pone a disposición del IFBS una serie de recursos personales y materiales para la prestación de servicios de fisioterapia y rehabilitación en el hospital de Leza,

mientras que el IFBS financia la presencia de un médico rehabilitador un día por semana en el citado hospital.

- 23/4/1999: Acuerdo Marco para la concertación de camas para uso sociosanitario en el Hospital Psiquiátrico de Álava.

Desarrolla los aspectos contemplados en el convenio de cooperación de 1993 respecto a la concertación de camas en el Hospital Psiquiátrico de Álava. En virtud de ese acuerdo, el IFBS concierta ocho camas psicogerítricas del hospital psiquiátrico de Álava.

- 14/7/1999: Convenio de colaboración para la realización de necropsias clínicas a personas fallecidas en las residencias de personas mayores del IFBS de la Diputación Foral de Álava y en el centro Etxebidea.

- 2000: Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos.

Teniendo en cuenta las aportaciones de otros Departamentos (Justicia, Trabajo y Seguridad Social e Interior), de Osakidetza y de Emakunde, el Departamento de Sanidad adoptó a las especificidades de la CAPV el “Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos”, elaborado por el Ministerio de Sanidad en colaboración con los Ministerios de Justicia e Interior y con las Sociedades Científicas, dentro del Plan de Acción contra la Violencia Doméstica 1998-2000.

- 11/5/2000: Acta de seguimiento del Acuerdo marco de colaboración entre el Departamento de Sanidad/Osakidetza y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para la cobertura de las necesidades sociosanitarias del Territorio Histórico de Gipuzkoa.

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

- 1/12/2000: Protocolo de actuación entre el Departamento de Sanidad/Osakidetza y Gizartekintza para la atención sociosanitaria de personas mayores institucionalizadas con trastornos psiquiátricos en Gipuzkoa.

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

- 1/12/2000: Protocolo de actuación entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Gizartekintza para la integración en trabajo protegido de los enfermos mentales crónicos de Gipuzkoa.

A propuesta de la Comisión sectorial de salud mental establecida en el seno del Consejo Territorial, se establece un convenio en virtud del cual Osakidetza asume la cobertura de la atención psiquiátrica de los dispositivos laborales y ocupacionales, a través de la derivación de casos desde los centros de salud mental, la prestación de apoyo técnico sanitario a solicitud de los centros o la formación del personal de los CEE para el trabajo con estas personas. Por su parte, Gizartekintza se compromete a reservar un número plazas anuales para este colectivo en los centros ocupacionales y de empleo protegido. Se establece además un equipo de coordinación para el seguimiento del convenio.

- 28/12/2000: Convenio de colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Sanidad/Osakidetza para la asistencia psiquiátrica rehabilitadora en los centros ocupacionales para enfermos mentales en Gipuzkoa.

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

- 2001: I Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual.

Pretende mejorar la coordinación entre las instituciones implicadas en la CAPV en la asistencia a mujeres víctimas de maltrato doméstico y de violencia sexual, con el fin de garantizarles una protección y atención integral en sus vertientes sanitaria, policial, judicial y social.

- 6/07/2001: Convenio de Colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Gobierno Vasco/Osakidetza para la asistencia sanitaria en las residencias de personas mayores de Gipuzkoa.

El convenio se establece para garantizar la prestación de servicios sanitarios en las residencias de personas mayores y compensar a la Diputación Foral de Gipuzkoa por el gasto en atención médica y enfermería. Supone una actualización del convenio firmado en 1994, introduciendo un módulo para el pago de la asistencia médica (además de la de enfermería) y limitando el ámbito del acuerdo a las residencias con más de 50 personas dependientes o discapacitadas. Como en el anterior acuerdo, se prevé asignar a un médico de Osakidetza la totalidad de los casos de cada residencia, y, en los casos en los que ello no es posible, compensar los gastos médicos y de enfermería realizados por el personal del centro a través de unos precios previamente definidos.

- 10/2001: “Plan Sociosanitario de la CAPV. Informe de Situación de Partida”.

Aunque no prosperó, constituyó, impulsado desde el Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social, la primera iniciativa estructurada a nivel autonómico.

- 31/05/2002: Convenio de colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco/Osakidetza para la asistencia psiquiátrica rehabilitadora en los centros de día psicosociales para enfermos mentales crónicos.

El convenio se establece para garantizar la prestación de servicios de asistencia psiquiátrica rehabilitadora en los centros de día psicosociales gestionados por Gizartekintza, en convenio con entidades sin fin de lucro. Asigna a Osakidetza la supervisión técnico sanitaria y la coordinación del desarrollo de actividades rehabilitadoras, así como la emisión de informes de derivación, propuestas de tratamiento e intervención asistencial directa.

Si los centros de salud mental no se pueden hacer cargo de esa atención, se prestan por parte del personal del centro de día y el Departamento de Sanidad asume la financiación de acuerdo con unos baremos predefinidos.

- 5/11/2002: Decreto Foral 57/2002 de 5 de noviembre, por el que se regula el régimen de acceso a recursos socio sanitarios de las personas en situación de exclusión social y/o dependencia.

El Decreto clasifica la gama de recursos socio sanitarios de responsabilidad foral existente en el campo de la exclusión social en función de los objetivos que cada dispositivo persigue y de las diferentes tipologías de necesidades de los perfiles de personas solicitantes de servicios. Fija también los requisitos y el procedimiento de acceso a los recursos, contemplando el papel de los servicios sociales de base municipales y el del sistema sanitario en la evaluación de las necesidades y en la orientación a los recursos, así como el de las entidades prestadoras de servicios. El texto del Decreto reserva el acceso a esos recursos a las personas atendidas por la red pública de atención sanitaria, a la cual se encomienda determinar la idoneidad del recurso a las necesidades de la persona solicitante.

Se establece además la creación de una comisión de valoración sociosanitaria para determinar el acceso a estos recursos, compuesta por representantes del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y de Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

- 30/1/2003: Convenio de Colaboración entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa y la Asociación de Municipios Vascos EUDEL para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Supone el primer acuerdo sociosanitario de ámbito autonómico y el inicio del desarrollo del espacio sociosanitario en la CAPV. Sustituye a los convenios territoriales firmados en 1996 (Gipuzkoa) y 1998 (Álava y Bizkaia).

Estableció las bases sobre las que, con posterioridad, pudo estructurarse el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008.

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

organizativa, que se constituye en la piedra angular del ámbito sociosanitario, es la siguiente:

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

- 2/07/2003: Convenio de colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Sanidad /Osakidetza para la asistencia sanitaria en las unidades residenciales sociosanitarias.

El convenio se establece para garantizar la prestación de servicios sociosanitarios a las personas mayores y establecer el modelo de financiación de los servicios que se prestan en las unidades sociosanitarias. Se define el perfil tipo de persona usuaria y se establece un plazo máximo de estancia de 12 meses y un objetivo de estancia media de 90 días. El Departamento de Sanidad se compromete a abonar el módulo sanitario, que equivale al 47% del coste plaza, correspondiendo el 53% restante a la Diputación Foral y la persona usuaria del servicio. El convenio establece igualmente el procedimiento de acceso, a través de una comisión mixta de valoración, y se garantiza a cualquiera de las dos instituciones firmantes del acuerdo un 25% de los ingresos. Este convenio supone el establecimiento del primer centro de carácter 'puramente' sociosanitario, y la puesta en práctica de un modelo posteriormente aplicado en otros territorios.

En el marco de dicho Convenio se consideran, de forma específica, clientes potenciales de dichas unidades los siguientes grupos:

- Personas con alta hospitalaria y expectativa de vida breve, que, sin embargo, no precisan ingreso en cuidados paliativos y que no pueden retornar a su domicilio, para las cuales no se considera adecuada una ubicación residencial tradicional.
- Personas en periodo de convalecencia tras ingreso hospitalario, o que se encuentran en situación de salud frágil e inestable, sufriendo una condición de grave discapacidad física y/o psíquica, necesitando de cuidados asistenciales continuos y sanitarios frecuentes.

- Personas mayores afectas de procesos demenciales en fase de agitación, con trastornos del comportamiento, agresividad, etc., que podrían distorsionar gravemente la actividad normal en un centro residencial.
- Otras situaciones con requerimiento sociales y sanitarios intensos y que, sin embargo, no precisan hospitalización.

- 14/06/2004: Protocolo regulador del sistema de acceso a la unidad creada por el Instituto de Asistencia Social en la residencia de Leioa para la atención residencial a personas en estado vegetativo persistente v. permanente.

Se trata de un protocolo aprobado por el Consejo Territorial de Asistencia Sociosanitaria de Bizkaia para regular el acceso a las plazas que el IFAS dispone en la residencia de Leioa para atender a personas en estado vegetativo persistente v. permanente.

El protocolo define la tipología de la persona usuaria, establece los requisitos de acceso y establece la creación de una comisión sociosanitaria, con representantes del Departamento de Acción Social y del Departamento de Sanidad, encargada del proceso de selección de personas usuarias. El protocolo se recoge posteriormente en el Decreto Foral 117/2004, de 22 de junio, de la Diputación Foral de Bizkaia regulador del sistema de acceso a la unidad creada por el Instituto Foral de Asistencia Social en la Residencia de Leioa.

- 17/02/2005: CVAS. Acuerdo respecto a la adopción de un instrumento común de valoración de la dependencia y su modelo de gestión.

En virtud de este Acuerdo, se crea una comisión técnica que recomienda la adopción del RAI (versión del 20%) y clasificador RUG III, y propone además el establecimiento en cada territorio de una Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria Territorial. El Pleno acuerda la adopción de la herramienta y su utilización en los tres Territorios a partir de primeros de 2006. En Álava no se llegó a aplicar.

- 17/02/2005: CVAS. Directrices y recomendaciones para la reubicación de personas ingresadas en hospitales psiquiátricos de gestión pública o privados concertados en disposición favorable para ser insertadas en la sociedad.

En la práctica ha resultado que a pesar de estas directrices, el desarrollo del proceso de reubicación ha sido diferente en los tres territorios por el déficit existente en cuanto a recursos y servicios alternativos.

- 6/04/2005: CVAS. Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco (2005-2008).

El Plan es el marco de referencia de todas las iniciativas que se desarrollen en los tres Territorios Históricos, señalando las directrices que deben regir el proceso de configuración del espacio sociosanitario.

Se estructura en dos partes:

- La primera define el modelo de atención sociosanitaria. Establece su misión, su visión, los valores básicos y las características principales en los que se apoya.
- La segunda fija los tres elementos que conforman el Plan propiamente dicho: el diagnóstico de la situación, los objetivos estratégicos y el plan de acción para alcanzar dichos objetivos.

Como se ha mencionado, el modelo se fundamenta en el principio de coordinación e integración funcional de los sistemas sanitario y social. Se instituye la participación del usuario en la financiación del coste del servicio, el copago, y se enumera, advirtiendo que no hay que considerarla como una clasificación cerrada, los siguientes grupos de personas considerados como tributarios de recibir atención sociosanitaria:

1. Personas mayores en situación de dependencia.
2. Personas con discapacidad.
3. Personas con problemas de salud mental.
4. Personas con enfermedades somáticas crónicas o invalidantes.
5. Personas con enfermedades terminales.
6. Personas en situación de exclusión o en riesgo de estarlo.

Para desarrollar el Modelo de Atención Sociosanitaria y hacer frente a las necesidades de estos colectivos, se plantean cuatro objetivos estratégicos generales:

1. Incrementar el número de personas con necesidades sociosanitarias atendidas por el sistema.
2. Lograr una atención de calidad que proporcione la máxima satisfacción a usuarias/os y familias.
3. Conseguir un sistema de atención único y compartido entre las dos redes de servicios: la social y la sanitaria.
4. Mantener el nivel de excelencia en el futuro.

El Plan Estratégico fija treinta iniciativas que permitirían cubrir los objetivos previstos. Dichas iniciativas están priorizadas en función de su capacidad de impacto en el sistema sociosanitario y de su viabilidad.

Fija también el cronograma, el esquema de costes del plan de acción y la tabla de iniciativas agrupadas por tipos.

Finaliza señalando que se creará una Comisión de Seguimiento y Evaluación.

- 2006: Acuerdo para la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico de Álava.

A partir del informe elaborado a nivel autonómico con directrices para la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos, y tras los trabajos realizados por la comisión territorial establecida a tal efecto, se acuerda la ubicación en centros residenciales del IFBS de 51 personas ubicadas en el Hospital Psiquiátrico. La reubicación no se ha producido hasta la fecha debido a la decisión de la DFA de supeditar la aplicación del acuerdo a la firma de un convenio de compensación de los gastos sanitarios realizados en los centros residenciales y de día para personas mayores del IFBS. A pesar de esto, un número (no pequeño) de estas personas ya han accedido a los servicios sociales, por la vía normalizada y por cumplimiento de los requisitos exigidos.

- 2006: Atención psiquiátrica a personas sin techo en Bizkaia.

En el marco de un acuerdo de colaboración firmado en 2006 por el Hospital de Bermeo y la Asociación Bizitegi, desde el hospital se colabora con la Asociación facilitando la atención psiquiátrica a personas sin hogar con enfermedad mental a través de dos jornadas de consulta presencial al mes, contacto telefónico o valoraciones en calle. En 2010, la Red de Salud Mental de Bizkaia asumirá de forma normalizada la asistencia psiquiátrica a las personas sin techo para todo el territorio.

- Decreto Foral 231/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se acuerda la aplicación y se regula el precio público del servicio asistencial en las unidades residenciales sociosanitarias de la red foral de residencias para personas mayores.

Como los anteriores, regula el precio público de las unidades residenciales sociosanitarias, financiadas por ambas Instituciones.

- Decreto Foral 234/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se crea y regula la Comisión técnica de valoración y orientación sociosanitaria en materia de personas mayores del Territorio Histórico de Bizkaia.

Si bien no se trata de un convenio, sino de un Decreto Foral, regula el funcionamiento y las funciones del órgano mixto (con participación foral –servicios sociales y del Departamento de Sanidad) encargado de determinar la fórmula de acceso a las unidades sociosanitarias para personas mayores. Se encomienda además a esta comisión funciones más amplias, tales como la coordinación y la colaboración entre el ámbito social y el sanitario, la implantación de sistemas de calidad, el seguimiento de los convenios de colaboración, etc. Se establece una reunión semanal para la comisión.

- Decreto Foral 235/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula el régimen de acceso a las unidades residenciales sociosanitarias de la red foral de residencias para personas mayores y las condiciones de prestación del servicio asistencial.

Al igual que el anterior, regula el procedimiento de acceso a las unidades residenciales sociosanitarias, financiadas por ambas instituciones. La norma establece que el acceso está supeditado a la aceptación de la Comisión Técnica de Valoración y Orientación Sociosanitaria, de la que forman parte representantes de ambas entidades.

- 14/03/2007: Convenio de Colaboración con la Diputación Foral de Bizkaia y Osakidetza para la prestación de los servicios sociosanitarios en las unidades residenciales sociosanitarias del Territorio Histórico de Bizkaia.

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

- 14/03/2007: Convenio de Colaboración con la Diputación Foral de Bizkaia y Osakidetza para la asistencia sanitaria en las residencias de personas mayores de Bizkaia.

El convenio garantiza la prestación de servicios sanitarios en las residencias de personas mayores de Bizkaia y establece fórmulas para compensar a la Diputación Foral por el gasto originado en la atención médica y de enfermería prestada a las personas usuarias de las residencias de personas mayores. Aunque se prevé la posibilidad de asignar a personal de Osakidetza la totalidad de los casos de cada residencia, se opta finalmente por compensar los gastos médicos y de enfermería realizados por el personal del centro. Se establecen unos módulos que se componen de un precio por hora de médico (21,23 euros/hora) y enfermera (15,56 euros/hora), y de unos tiempos de atención por residente según sea dependiente (7,03 minutos de enfermería y 2,4 minutos de médico por día) o válido (1,11 minutos de enfermería por día). Las residencias incluidas en el convenio son exclusivamente aquellas que cuentan con un mínimo de 100 plazas.

- 19/03/2007: Protocolo de actuación del sistema sanitario con los niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección atendidos por el servicio de infancia del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia.

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

- 2009: II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual.

Pretende mejorar la coordinación entre las instituciones implicadas en la CAE en la asistencia a mujeres víctimas de maltrato doméstico y de violencia sexual, con el fin de garantizarles una protección y atención integral en sus vertientes sanitaria, policial, judicial y social.

- 11/02/2009: Modelo de Atención Temprana para la Comunidad Autónoma del País Vasco.

A partir del encargo realizado por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria a lo largo del año 2008 un grupo constituido por representantes de Sanidad, Educación y Servicios Sociales de la CAPV trabajó en una propuesta de modelo de atención temprana. Las Diputaciones Forales de los tres Territorios, tras la disolución del grupo en febrero de 2009 (cambio de gobierno), continuaron con la elaboración del documento, que tras la revisión por parte de los Departamentos de Sanidad y Consumo y Educación se presentará para su aprobación en el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria en 2011.

- 17/02/2009: Convenio de colaboración entre el Departamento de Sanidad y Consumo del GV y el Departamento de Política Social y Servicios Sociales de la DFA para la prestación de servicios sociosanitarios en las Unidades Residenciales Sociosanitarias.

Pendiente de la puesta en funcionamiento.

- 25/02/2009: Convenio de Colaboración para la Mejora del Uso de la Medicación en Personas Atendidas por los Servicios de Ayuda Domiciliaria.

Este convenio tiene por objeto establecer las condiciones en las que el Departamento de Sanidad y Consumo colabora con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa en la implantación de programas de mejora del uso del medicamento por parte de las personas que presentan dificultades para el manejo de los mismos, residen en sus domicilios y son atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria, mediante la preparación en las oficinas de farmacia de sistemas personalizados de dosificación para su utilización por estas personas.

- 2009-2010: Procedimientos para la coordinación entre el Hospital Donostia y la Sección de Valoración, Orientación y Calificación de la Dirección General de la Atención a la Dependencia.

Siguiendo la tradición de colaboración informal entre los profesionales de ambas entidades, durante los años 2009 y 2010, y gracias al impulso de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, se están elaborando procedimientos para facilitar la valoración del grado de dependencia de los bebés que se encuentran en esa situación, y la derivación a Atención Temprana de las familias susceptibles de beneficiarse de ese acompañamiento profesional.

2. POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

2.1. Población de la CAPV

CAPV						
	Hombres		Mujeres		Total	
< 15	141.201	13,4%	133.771	12,1%	274.972	12,7%
15 - 64	746.556	70,8%	733.920	66,6%	1.480.476	68,6%
65 - 74	91.763	8,7%	106.729	9,7%	198.492	9,2%
75 y +	75.630	7,2%	127.542	11,6%	203.172	9,4%
Total	1.055.150	100,0%	1.101.962	100,0%	2.157.112	100,0%

INE 2008

Álava						
	Hombres		Mujeres		Total	
< 15	20.302	13,2%	19.589	12,6%	39.891	12,9%
15 - 64	111.249	72,1%	106.660	68,7%	217.910	70,4%
65 - 74	12.907	8,4%	13.465	8,7%	26.372	8,5%
75 y +	9.918	6,4%	15.545	10,0%	25.463	8,2%
Total	154.376	100,0%	155.259	100,0%	309.636	100,0%

INE 2008

Bizkaia						
	Hombres		Mujeres		Total	
< 15	72.002	12,9%	67.939	11,5%	139.941	12,2%
15 - 64	392.971	70,7%	392.591	66,5%	785.563	68,5%
65 - 74	49.266	8,9%	59.036	10,0%	108.302	9,4%
75 y +	41.856	7,5%	70.760	12,0%	112.616	9,8%
Total	556.095	100,0%	590.326	100,0%	1.146.422	100,0%

INE 2008

Gipuzkoa						
	Hombres		Mujeres		Total	
< 15	48.897	14,2%	46.243	13,0%	95.140	13,6%
15 - 64	242.336	70,3%	234.669	65,8%	477.006	68,0%
65 - 74	29.590	8,6%	34.228	9,6%	63.818	9,1%
75 y +	23.856	6,9%	41.237	11,6%	65.093	9,3%
Total	344.679	100,0%	356.377	100,0%	701.057	100,0%

INE 2008

2.2. Dependencia (y discapacidad): prevalencia y demanda

Prevalencia de la dependencia entre las personas de 6 y más años en hogares, por grado y nivel de dependencia en la CAPV. 2008

	De 6 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 y más años	Total
Con discapacidad y sin dependencia	1,22	1,56	5,90	13,44	22,41	5,36
Grado I - Nivel 1	0,00	0,14	0,56	1,81	6,16	0,76
Grado I - Nivel 2	0,00	0,05	0,22	1,07	4,49	0,45
Grado II - Nivel 1	0,12	0,06	0,28	0,88	4,93	0,48
Grado II - Nivel 2	0,13	0,13	0,15	0,23	1,84	0,23
Grado III - Nivel 1	0,05	0,07	0,06	0,26	3,91	0,28
Grado III - Nivel 2	0,10	0,08	0,00	0,71	5,66	0,42
Total dependencia	0,40	0,54	1,27	4,95	26,99	2,62
Total	1,62	2,10	7,17	18,39	49,39	7,98

Fuente: Elaboración SIIS a partir de Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), INE 2008.

Prevalencia de la dependencia entre las personas de 6 y más años en hogares, y en centros residenciales en la CAPV. 2008

	De 6 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 y más años	Total
Tasa de dependencia en hogares	0,40	0,54	1,27	4,95	26,99	2,62
Tasa de dependencia total	0,40	0,58	1,50	6,53	33,46	3,40

Fuente: Elaboración SIIS a partir de Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), INE 2008.

Nº de personas valoradas con algún grado de dependencia en la CAPV en el marco del SAAD.

GRADO	NIVEL	Nº
Grado III	Nivel 3.2	9.028
	Nivel 3.1	13.563
Grado II	Nivel 2.2	8.264
	Nivel 2.1	10.590
Grado I	Nivel 1.2	7.071
	Nivel 1.1	9.813
TOTAL		58.329

Fuente: IMSERSO. 1 /01/2010

Personas con grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%

TERRITORIO	Nº
Álava	18.346
Bizkaia	64.076
Gipuzkoa	43.127

Álava 2009. Dpto. de Política Social y SS de la DFA
 Bizkaia 2009. Dpto. de Acción Social de la DFB
 Gipuzkoa. 2009 Dpto. de Política Social de la DFG

Prevalencia de problemas crónicos que pueden generar dependencia. Personas >= 65 años

	HOMBRE	MUJER
Cáncer	1,9	2,0
Bronquitis crónica	8,0	3,1
Prbl. de corazón	22,2	13,2
Artrosis	10,5	28,0
Diabetes	12,4	9,9
Probl. Cerebrovasculares	4,5	2,6
Probl. mentales	1,7	2,1

Fuente: Encuesta de Salud de la CAPV. 2007

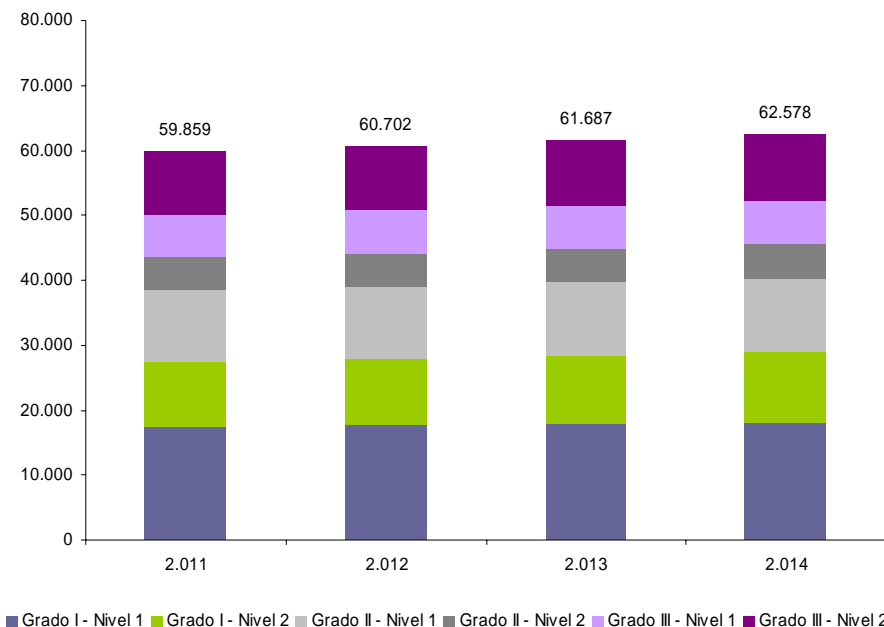
Además de estimar el número y la prevalencia de las situaciones de dependencia o discapacidad en el momento actual, cualquier proceso de planificación precisa también de información respecto a la prevalencia que esas situaciones tendrán durante los años de vigencia del plan. Para ello, es preciso en primer lugar adoptar una hipótesis en relación a la evolución que cabe esperar tendrán estas situaciones y, posteriormente, proyectarla sobre las previsiones demográficas disponibles. A falta de datos empíricos que demuestren de forma incontestable un incremento o una disminución de la prevalencia de la discapacidad o la dependencia en cada tramo de edad, la hipótesis en la que se basan las proyecciones de la población en situación de dependencia en los próximos años asume el mantenimiento de las tasas de prevalencia, para cada grupo de edad, definidas para la situación actual.

Estimación del número de personas de 6 y más años en hogares con discapacidad y dependencia en la CAPV, por grandes grupos de edad. 2011-2014

	6-64 años		65 y más	
	2008	2014	2008	2014
Con discapacidad y sin dependencia	51.851	50.334	61.931	72.713
Grado I - Nivel 1	4.576	4.442	11.617	13.640
Grado I - Nivel 2	1.721	1.670	7.743	9.091
Grado II - Nivel 1	2.535	2.461	7.648	8.980
Grado II - Nivel 2	2.324	2.256	2.575	3.023
Grado III - Nivel 1	1.143	1.110	4.826	5.666
Grado III - Nivel 2	953	925	7.933	9.314
Total dependencia	13.252	12.863	42.342	49.715
Total	65.102	63.197	104.274	122.428

Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD, INE 2008 y Proyecciones demográficas, EUSTAT, 2020.

Estimación del número de personas de 6 y más años en hogares con dependencia en la CAPV. 2011-2014



Fuente: Elaboración SIIS a partir de EDAD, INE 2008 y Proyecciones demográficas, EUSTAT, 2020

Población infantil de 0-6 años: diagnóstico global de necesidades

En términos generales, a partir de los datos de población, de los niños nacidos prematuramente en Euskadi, y aceptando el estándar occidental de que un 10% de los niños tienen trastornos en el desarrollo o riesgo de presentarlos, se puede estimar que cada año aparecerían alrededor de 2.000 nuevos casos en la CAPV, de los cuales 1.400 corresponden a los que nacen prematuramente.

En el plano asistencial lo anterior implica la necesidad de disponer de y proveer servicios de Atención Temprana en Euskadi, para, al menos, unos 1.200 casos nuevos cada año, con diferentes niveles de intensidad de intervención, quedando los restantes sujetos a un mero seguimiento. (Modelo de Atención Temprana para la CAPV. CVAS. Nov. 2009)

La Atención Temprana es el “conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanente que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos”. (Libro Blanco de la Atención Temprana; Real Patronato sobre Discapacidad)

2.3. Personas con problemas de salud mental

RED DE SALUD MENTAL	PERSONAS ATENDIDAS
ADULTOS	
Extrahospitalario	77.315
Hospitalización Agudos	5.290
TRASTORNO MENTAL GRAVE	
Hospitalización	917
Estructuras residenciales	152
Actividades estructuradas de día	1.403
INFANTOJUVENIL	
Extrahospitalario	7.130
Hospitalización	242

Osakidetza. 2009

2.4. Personas con enfermedades terminales

TERRITORIO	Nº
Álava	929
Bizkaia	3.439
Gipuzkoa	2.103
CAPV	6.471

Estimaciones realizadas en base a una tasa de 3/1000 h.

2.5. Personas derivadas a unidades residenciales sociosanitarias y hospitales de media estancia no psiquiátricos

2.5.1. Álava

TRASLADOS H. DE AGUDOS A H.M.E >65 AÑOS	2007	2008
Derivaciones al Hospital de Leza	298	247
Derivaciones a la Clínica Álava	133	110

2.5.2. Bizkaia

ALTAS HOSPITALARIAS BIZKAIA	2007	2008
H. DE AGUDOS. ALTAS >65 años	48.519	51.870
Derivaciones a unidades sociosanitarias (N)	92	289
Derivaciones a unidades sociosanitarias (%)	0,2%	0,6%
Derivaciones a media estancia (*) (N)	1.162	1.141
Derivaciones a media estancia (*) (%)	2,4%	2,2%
H.DE MEDIA-LARGA ESTANCIA ALTAS >65 años	6.461	6.699
Derivaciones a unidades sociosanitarias (N)	23	35
Derivaciones a unidades sociosanitarias (%)	0,4%	0,5%

* Se incluyen las derivadas desde hospitalización. No incluye los traslados desde los servicios de urgencias.

2.5.3. Gipuzkoa

ALTAS HOSPITALARIAS GIPUZKOA	2004	2005	2006	2007	2008
Altas H. Agudos	98.469	98.659	102.598	102.369	108.181
Derivaciones unidad sociosanitaria (N)	125	119	73	63	78
Derivaciones unidad sociosanitaria (%)	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Altas H. agudos >= 65 años	40.151	41.226	43.057	44.727	47.092
Derivaciones media estancia (N)	755	1.144	1.280	1.543	1.727
Derivaciones media estancia (%)	1,9%	2,8%	3,0%	3,4%	3,7%
Altas Media Estancia	2.657	2.570	1.633	1.762	1.917
Derivaciones unidad sociosanitaria (N)	88	80	118	115	85
Derivaciones unidad sociosanitaria (%)	3,3%	3,1%	7,2%	6,5%	4,4%

Dirección Territorial de Gipuzkoa. Departamento de Sanidad y Consumo.

2.6. Malos tratos a personas mayores

Diferentes estudios realizados entre la población mayor de 65 años de la Unión Europea, Estados Unidos, Canadá y Australia estiman que entre un 2% y un 10% de los mayores de 65 años reciben algún tipo de maltrato. En Euskadi, una encuesta realizada por el Departamento de Bienestar Social de la DFA estima que la incidencia de malos tratos a personas mayores es de un 5,4 %.

Atendiendo a la primera estimación y a los datos de población a 1/1/2007 el número de personas mayores de 65 años en la CAPV susceptible de sufrir maltrato se cifraría entre 7.942 y 39.713.

2.7. Mujeres víctimas de violencia de género

Es difícil definir la magnitud del problema, dependiendo de la fuente estadística que se utilice entre el 0,3% y el 3% de la población femenina sufre violencia de género. El único dato "objetivo" son las denuncias presentadas. En 2.007, 3.356 mujeres presentaron denuncias por malos tratos en la CAPV. (Emakunde)

2.8. Menores en situación de desprotección

Es evidente que la propia naturaleza de las situaciones de desprotección hacen difícil no sólo la cuantificación de su prevalencia actual sino, también, la previsión de la evolución de las tasas de incidencia, de forma que se pueda prever a medio y largo plazo el número de nuevos casos que cada año será necesario atender. Esta dificultad se acentúa si se tiene en cuenta el carácter imprevisible que tiene la afluencia de menores inmigrantes no acompañados a la CAPV, que se rige por factores muy difíciles de determinar y de prever, y que constituye, en las circunstancias actuales, una parte muy significativa de la demanda total de servicios. Una vez dicho esto, se adjuntan los datos aportados por las tres Diputaciones Forales.

2.8.1. Álava

MENORES ATENDIDOS A 31/12/2009	Nº
En proceso de valoración o seguimiento	253
En acogimiento familiar	118
En acogimiento residencial (incluidos menores extranjeros no acompañados)	221
TOTAL	592

Departamento de Política Social y Servicios Sociales DFA.

2.8.2. Bizkaia

MENORES ATENDIDOS A 31/12/2009	Nº
En proceso de valoración o seguimiento	548
En acogimiento familiar	380
En acogimiento residencial (incluidos menores extranjeros no acompañados)	668
TOTAL	1.596

Dirección de Juventud y Acción Comunitaria de la DFB.

2.8.3. Gipuzkoa

MENORES ATENDIDOS A 31/12/09	Nº
En proceso de valoración	75
En su familia con intervención del servicio de infancia	413
En acogimiento residencial o familiar (incluidos menores extranjeros no acompañados)	517
TOTAL	1.005

Dirección de Juventud y Acción Comunitaria de la DFG.

3. LA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV.

3.1. Recursos: centros, servicios y programas para responder a las necesidades sociosanitarias de la población

El espacio sociosanitario contempla un amplio número de necesidades de las personas y por tanto de respuestas a esas necesidades. Este informe se ha centrado en los recursos y servicios que atienden a los colectivos que se señalan en la Ley de Servicios Sociales como tributarios preferentes de recibir atención sociosanitaria. La mayoría de servicios se prestan tanto en la red de servicios sociales como en la red sanitaria; algunos de ellos, estando ubicados en el sistema de servicios sociales, reciben financiación del Departamento de Sanidad y Consumo por formar parte de los acuerdos descritos en capítulos anteriores. En el apartado de recursos sociosanitarios se han incluido las unidades residenciales sociosanitarias, que se crearon específicamente como recursos sociosanitarios de forma cofinanciada, así como otros dispositivos que atienden a personas con problemas crónicos de enfermedad mental, daño cerebral y SIDA, en los que existen diferencias sustanciales en los tres Territorios Históricos en cuanto a dependencia institucional, financiación e incluso su propia existencia. Teniendo en cuenta esto, se hace la siguiente clasificación.

3.1.1. Recursos sociosanitarios

Unidades sociosanitarias

Álava

RESIDENCIA PARA PERSONAS CON PATOLOGÍA MÚLTIPLE	Nº PLAZAS
Unidad residencial sociosanitaria ABEGIA (Vitoria-Gasteiz)	14
TOTAL	14

UNIDADES RESIDENCIALES SOCIOSANITARIAS (URSS)	Nº PLAZAS
Convenio de colaboración para la prestación de servicios sociosanitarios	25
TOTAL	25

Bizkaia

UNIDADES RESIDENCIALES SOCIOSANITARIAS (URSS) PARA PERSONAS MAYORES	Nº PLAZAS
IFAS (Leioa)	36
Orue (Amorebieta)	27
Aspaldiko (Portugalete)	27
Txurdinaga (Bilbao) en construcción	100 (disponibles en 2011)
TOTAL	90 (190 en 2011)

Gipuzkoa

UNIDADES RESIDENCIALES SOCIOSANITARIAS (URSS)	Nº PLAZAS
Cruz Roja (Donostia)	65
Lamourous Argixao (Zumarraga)	25
TOTAL	90

Otros dispositivos

Álava

ALOJAMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y PERMANENTE PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	Nº PLAZAS
Residencia San Ignacio	26
TOTAL	26

ALOJAMIENTO DE CARÁCTER SOCIO-EDUCATIVO Y ATENCIÓN PERMANENTE PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	Nº PLAZAS
Residencia "Hogar Alavés"	30
Piso Tutelado Zurekin	5
Piso Tutelado Huntzadar	7
TOTAL	42

ALOJAMIENTO DE CARÁCTER SOCIO-EDUCATIVO ESTANCIA TEMPORAL Y SIN ATENCIÓN PERMANENTE PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	Nº PLAZAS
Programa Socio-educativo Dato	7
Piso Tutelado Aukera	3
TOTAL	10

PISOS TUTELADOS PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CON NECESIDAD DE SUPERVISIÓN PERMANENTE	Nº PLAZAS
Residencia Erantsi	23
Piso Erantsi	9
Piso Bidegurutzea. Pedro Orbea	8
TOTAL	40

PISOS TUTELADOS PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	Nº PLAZAS
Piso Bidegurutzea. Pío XII	8
Piso Bidegurutzea. Florida	7
Programa alojamientos ASASAM	3
TOTAL	18

CENTROS OCUPACIONALES PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	Nº PLAZAS
Centro Ocupacional ASASAM	20
TOTAL	20

SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	Nº PLAZAS
Centro de apoyo psicosocial ARGIBIDE	10
Plazas de atención diurna Miniresidencia Juvenil Hogar Alavés	4
Plazas de atención diurna Bidegurutzea	4
TOTAL	18

CENTROS DE ACOGIDA PARA PERSONAS CON VIH/SIDA	Nº PLAZAS
Casa de Acogida Besarkada Etxea	14
TOTAL	14

PERSONAS DROGODEPENDIENTES	Nº PLAZAS
Fundación Jeiki	42
TOTAL	42

CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA (daño cerebral y otros)	Nº PLAZAS
Centro de día de Autonomía Personal	20
Centro de día Ehari	25
TOTAL	45

CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL	Nº PLAZAS
Centro de día Etxebidea (discapacidad intelectual profunda)	40
Centro de día Landaberde (trastornos de espectro autista)	25
TOTAL	65

RESIDENCIAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	Nº PLAZAS
Residencia Goizalde (daño cerebral y otros)	27
Residencia Donostia (discapacidad sensorial y otras)	8
Residencia Etxebidea (discapacidad intelectual profunda)	75
TOTAL	110

Bizkaia

ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SECUNDARIA A DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO	Nº PLAZAS
Centro de día Bekoetxe	48
TOTAL	48

UNIDADES PARA LA ATENCIÓN RESIDENCIAL A PERSONAS EN ESTADO VEGETATIVO VS. PERSISTENTES	Nº PLAZAS
Complejo residencial Leioa	8
TOTAL	8

UNIDAD DE ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES ADULTAS CON DISCAPACIDAD (UDAD)	Nº PLAZAS
Complejo residencial Leioa	18
TOTAL	18

PERSONAS DROGODEPENDIENTES	Nº PLAZAS
Fundación Etorkintza: Kortezubi	33
Fundación Etorkintza: centro de día y prog. metadona	83 (media personas atendidas)
Fundación Gizakia: Comunidad Terapéutica	45
Fundación Gizakia: centro de día y prog. metadona	80 (media personas atendidas)
Manu-ene (Osakidetza)	24
TOTAL	102 residenciales, 163 diurnas

PERSONAS AFECTADAS DE VIH	Nº PLAZAS
Centro de día Zure Enea	20
Residencia Bietxeak	10
Residencia Atsedena	7
Residencia Siervas de Jesús	13
Residencia Centro Aukera	8
TOTAL	20 diurnas, 38 residenciales

PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL *	Nº PLAZAS
FUNDACION ARGIA	
Hospital/Centro de día	89
Pisos tutelados	85 (+ 30 en 2010)
Minirresidencia Zurimendi	18
ASOCIACION BIZITEGI	
Hospital/Centro de día	70
Pisos tutelados	42
Minirresidencia	7
FUNDACION ALEGRIA	
Hospital/Centro de día	11
Pisos tutelados	11
HOGAR IZARRA	
Pisos tutelados	25
AVIFES	
Hospital/Centro de día	130
Pisos tutelados	34
CENTROS DE OSAKIDETZA	
Hospital/Centro de día	200
Pisos tutelados	16
TOTAL	500 diurnas, 238 residenciales (268 2010)

Gipuzkoa

UNIDAD RESIDENCIAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO (UTSM)	Nº PLAZAS
Cruz Roja (Donostia)	20
Uzturre (Tolosa)	24
TOTAL	44

PISOS TUTELADOS PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	Nº PLAZAS
Piso AGIFES Elgoibar	3
Piso AGIFES Irún	13
Piso AGIFES Eibar	5
Piso AGIFES Oiartzun	4
Piso AGIFES Zumarraga	6
Piso AGIFES Legorreta	10
Piso AGIFES Donostia	5
Piso GIZAIDE	10
TOTAL	56

CENTROS DE ATENCIÓN DIURNA PARA ENFERMOS MENTALES (CAD PSICOSOCIALES)	Nº PLAZAS
AGIFES Benta Berri Donostia (Ibiltzen)	40
AGIFES Osamen Azpeitia	22
AGIFES Loiola Donostia	22
AGIFES Eibar (Ibiltzen)	22
GIZAIDE Donostia	22
GURUTZE GORRIA Tolosa	15
ANTZARAN (A. Menni) Irún	30
AITA MENNI Beasain	20
TOTAL	193

PERSONAS AFECTADAS DE VIH	Nº PLAZAS
Villa Betania	10
Pisos ACASGI	10
TOTAL	20

CENTROS DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL Y SIDA* *(TOXICOMANÍA/VIH/ENF. MENTAL)	Nº PLAZAS
MALDATXO (A. Menni) Donostia	12
TOTAL	12

CENTROS DE DÍA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL PARA PERSONAS AFECTAS DE DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO	Nº PLAZAS
Centro de día Donostia	25
TOTAL	25

PERSONAS DROGODEPENDIENTES	Nº PLAZAS
Haizegain (AGIPAD)	20
IZAN	120
TOTAL	140

3.1.2. Programas

Paralelamente se han ido desarrollado desde los diferentes ámbitos (Municipal y Foral) otro tipo de actuaciones dentro del marco de la atención y coordinación sociosanitaria, como:

- Programas de alojamiento temporal para personas en situación de convalecencia
- Programas de atención a consumidores problemáticos de drogas
- Programas de atención a personas extoxicomanas
- Programas de atención para personas drogodependientes en situación de grave exclusión social
- Programas que mejoren la calidad de vida de las personas que viven con VIH-SIDA y su red familiar y social
- Programas de atención psiquiátrica a personas sin hogar
- Programas de apoyo a familiares cuidadores de personas en situación de dependencia

- Programas de atención a profesionales que desarrollan su tarea con determinados colectivos en situación o en riesgo de exclusión social
- Programas de intervención con menores en situación o riesgo de desprotección
- Atención a la población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y social
- Programas de intervención con colectivos de personas con mayor fragilidad social
- Programas de formación en envejecimiento saludable
- Programas de apoyo biopsicosocial de carácter comunitario
- Establecimiento de alianzas con las asociaciones de personas afectadas y familiares
- Programa de formación especializada dirigido a profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental

3.1.3. Modelo organizativo de acceso a los recursos sociosanitarios

3.1.3.1. *Álava*

El acceso al dispositivo sociosanitario “Abegia” y a la unidad sociosanitaria en unidad residencial se realiza a través de la Comisión de Valoración y Orientación respectiva.

3.1.3.2. *Bizkaia*

Las solicitudes de ingreso a las unidades residenciales sociosanitarias se presentan al Servicio de Personas Mayores del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia. Las peticiones se valoran en la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria, que se reúne semanalmente. En el caso de personas hospitalizadas, las solicitudes se proponen desde el propio centro hospitalario y son gestionadas por los trabajadores sociales.

Personas con enfermedad mental crónica:

Siguiendo las “Directrices y recomendaciones para la reubicación de personas ingresadas en Hospitales Psiquiátricos de gestión pública o privados concertados en disposición favorable para ser reinsertados en la sociedad” formuladas en 2005 por un grupo de trabajo en el que participaron el Gobierno Vasco, Osakidetza, Diputaciones

Forales y EUDEL, se materializa un cupo anual de 30 plazas para el traslado de personas desde los hospitales psiquiátricos a residencias normalizadas de tercera edad de la Diputación Foral. En estos años han salido de los centros psiquiátricos más de 80 personas. Las propuestas de traslado son presentadas por los hospitales de Zaldibar y Bermeo y la valoración es realizada por un equipo de la Diputación.

La inclusión de las personas en los recursos de pisos tutelados concertados se determina en una comisión en la que participan Osakidetza y las entidades con las que se contrata este tipo de recursos. Las personas propuestas son posteriormente valoradas por la Diputación que determina el recurso de destino. Para acceder a la minirresidencia Zurimendi de la Fundación Argia en Galdames existe una comisión específica en la que participan Osakidetza, la Diputación y la propia Fundación Argia.

3.1.3.3. *Gipuzkoa*

El acceso a las unidades residenciales sociosanitarias (URSS) se realiza a través de la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria, a propuesta del Servicio de Admisión Centralizada o el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa (DFG).

Los ingresos en la unidad de trastorno mental severo (UTMS), pisos tutelados para personas con enfermedad mental, centros de rehabilitación psicosocial para enfermos mentales, Centro de Atención Diurna para Personas con Patología Dual o Sida, recursos de alojamiento para enfermos de SIDA, se realizan a través de la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria a propuesta de la Diputación Foral. Las solicitudes a los servicios para enfermos mentales las efectúan los Centros de Salud Mental y para el resto de servicios los servicios sociales de base.

3.2. Estructuras, órganos y protocolos de coordinación sociosanitaria

3.2.1. Álava

1 Consejo Territorial de Atención Sociosanitaria de Álava.

El Consejo Territorial Sociosanitario se crea en octubre de 2003, mantiene reuniones de forma más sistematizada a partir del año 2007.

De este consejo dependen:

- Comisión de asistencia sanitaria
- Subcomisión de unidad sociosanitaria
- Comisión de enfermedad mental

2 Comisión de valoración y orientación sociosanitaria.

Integrada por representantes de Osakidetza, IFBS y Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, la comisión de Valoración y Orientación ha funcionado durante catorce años, en el campo específico de la Tercera Edad, como órgano tripartito para la asignación consensuada de recursos a las personas mayores demandantes de servicios residenciales. Dejó de funcionar en mayo de 2007 como consecuencia de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, y ha sido sustituida programa/lista de reasignación de recursos, dependiente exclusivamente del IFBS.

3 Comisión de gasto sanitario en residencias.

Comisión establecida para la determinación del gasto de la asistencia sanitaria en las residencias de personas mayores. En la actualidad se ha llegado a un acuerdo mediante la suscripción de un convenio por el que se establece la financiación del gasto sanitario en servicios sociales de la Diputación Foral de Álava.

4 Comisión de desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos ingresados en el Hospital Psiquiátrico de Álava.

Disuelta una vez alcanzado el acuerdo, aunque se supeditó su aplicación a la firma del Convenio de Compensación del Gasto Sanitario en Residencias. A pesar de esto, algunas de estas personas ya han accedido a los servicios sociales, por la vía normalizada y por cumplimiento de los requisitos exigidos.

5 Comisión enfermedad mental grave.

Se establece para el análisis de intervención con personas con enfermedad mental grave. En su seno se desarrolla el primer proyecto sociosanitario para personas enfermas mentales graves, denominado Abegia.

6 Protocolo de coordinación entre los centros de atención primaria de la Comarca Álava y los servicios sociales de base.

La aplicación de este protocolo no es uniforme en todos los centros de salud. Desde la dirección de comarca tienen intención de revisar este protocolo e impulsar las reuniones periódicas que en su día se formalizaron y que posteriormente se suspendieron porque se comprobó que las derivaciones que se efectuaban eran de personas conocidas en ambas redes.

7 II Acuerdo Interinstitucional para atención a mujeres víctimas de violencia de género, liderado por Emakunde.

8 Comisión de Atención Temprana constituida por encargo del Consejo Vasco Socio-Sanitario.

3.2.2. Bizkaia

1 Consejo Territorial de atención sociosanitaria de Bizkaia.

Regulado por el convenio marco de 2003, está compuesto por el Diputado Foral de Acción Social, dos vocales nombrados por éste, el coordinador territorial sociosanitario, un vocal nombrado por Eudel, la Directora Territorial de Sanidad y tres vocales pertenecientes al departamento de Sanidad y Consumo.

2 Comisión técnica de valoración y orientación sociosanitaria en materia de personas mayores del Territorio Histórico de Bizkaia.

Regulada por el Decreto Foral 234/2006, que la define como órgano consultivo del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia para la toma de decisiones en el ámbito de la atención residencial sociosanitaria destinada a personas mayores dependientes y como órgano para la coordinación y colaboración entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y la Diputación

Foral de Bizkaia. Entre sus funciones se señalan, entre otras, la aprobación de las propuestas de ingreso en las unidades sociosanitarias para personas mayores y el seguimiento de los convenios establecidos en la materia.

La comisión tiene una composición paritaria y mixta, con seis vocales y un secretario/a, y se determina una reunión semanal de la misma.

3 Comisión sociosanitaria de acceso a la unidad de estado vegetativo persistente.

Regulada en el protocolo regulador del sistema de acceso a la unidad creada por el IFAS en la residencia de Leioa para la atención residencial a personas en estado vegetativo persistente v. permanente y en el Decreto 117/224, la Comisión sociosanitaria está compuesta por dos técnicos del Departamento de Sanidad y dos del Departamento de Acción social, y tiene por función, entre otras, proponer a los candidatos a la ocupación de las plazas de esa unidad.

4 Comisión de Desinstitucionalización.

Formada por representantes de Osakidetza y de la Diputación Foral, analiza el perfil de las personas ingresadas en centros de la red psiquiátrica de Osakidetza y determina su idoneidad para ser reubicados en centros residenciales de servicios sociales.

5 Protocolos de coordinación entre organismos sanitarios y servicios sociales municipales.

La comarca sanitaria de Bilbao ha estado manteniendo relaciones informales con los servicios sociales de base del Ayuntamiento de Bilbao durante los últimos años. Pero ha sido en 2009 cuando han establecido un protocolo de actuación para gestionar las necesidades urgentes detectadas en Atención Primaria. En estos momentos destacan como líneas de actuación prioritarias con pautas de actuación coordinada la violencia de género y doméstica, situaciones de abandono, problemas en la vivienda y los conflictos de convivencia. Han desarrollado una 'Guía de actuación' para coordinarse con el Área de la Mujer del Ayuntamiento de Bilbao en los casos de violencia de género. En cuanto a coordinación con la Diputación, se está trabajando en la elaboración del procedimiento de ingresos urgentes en Residencias 3ª edad.

El Departamento de Sanidad y Consumo, Osakidetza y el Ayuntamiento de Bilbao han firmado en el año 2010 el Protocolo de atención psiquiátrica a personas sin hogar en el municipio de Bilbao.

También se ha establecido un Plan de Cooperación con el Departamento de Igualdad del Ayuntamiento de Getxo para mejorar la educación afectivo-sexual y la salud sexual.

3.2.3. Gipuzkoa

1 Consejo Territorial de atención sociosanitaria de Gipuzkoa.

Regulado por el convenio marco de 2003, está compuesto por el Director Territorial de Sanidad, tres vocales pertenecientes al Departamento de Sanidad y Osakidetza, el Diputado Foral de Acción Social, dos vocales nombrados por éste y un vocal nombrado por Eudel. De este consejo dependen las siguientes comisiones:

- a) *Comisión técnica A (Dependencia)*. Cuenta con ocho miembros en representación de Osakidetza y Diputación Foral de Gipuzkoa.
- b) *Comisión técnica B (Discapacidad, enfermedad mental y otros)*. Cuenta con ocho miembros en representación de Osakidetza y Diputación Foral de Gipuzkoa.
- c) *Comisión de valoración y orientación*. Formada por siete técnicos, en representación de la DFG, Osakidetza y Eudel, se reúne una vez por semana, y determina el acceso a la red de recursos sociosanitarios.

Esta comisión de valoración, completada con la presencia de dos psiquiatras (uno de la red de Osakidetza y otro de la DFG) fue la responsable de valorar una serie de pacientes ingresados en centros psiquiátricos, para su posible ubicación en centros de la red social.

2 Protocolos de coordinación entre centros de atención primaria, red de salud mental extrahospitalaria y servicios sociales municipales.

Existen en cuatro municipios con un seguimiento desigual; aunque están en marcha diferentes programas y actividades dentro del marco de la coordinación sociosanitaria.

4. FINANCIACIÓN

Durante los últimos años se han firmado diversos convenios entre las Diputaciones, el Gobierno Vasco y Osakidetza por los que 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 sociosanitarios. 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.

En lo tocante a los convenios que regulan la financiación de los costes del personal médico y de enfermería en residencias de personas mayores, vigentes en Bizkaia y Gipuzkoa, podemos decir que el modelo seguido es, básicamente, el mismo para todos, en cuanto a que existe un módulo de enfermería y un módulo médico que con unos tiempos establecidos y por un precio por hora se estima el importe total. No obstante, se dan diferencias en su aplicación.

El convenio entre el Gobierno, Osakidetza y la Diputación Foral de Bizkaia se formalizó 6 años después del firmado con la Diputación Foral de Gipuzkoa, mientras que con la Diputación Foral de Álava está aún pendiente.

El tiempo de dedicación de enfermería es multiplicado por un coeficiente de 1,5 en Bizkaia para actividades indirectas, mientras que en Gipuzkoa, la misma cláusula del convenio se interpreta entendiendo que dicho coeficiente está incluido en los tiempos

asignados. Por otro lado, el cálculo del precio hora de DUE, en Gipuzkoa incluye la parte proporcional de horas de domingos y festivos, y en Bizkaia, no.

Los criterios para la inclusión o no de las residencias en los convenios son diferentes en Bizkaia y Gipuzkoa. En Gipuzkoa, la financiación de la asistencia médica se extiende a las residencias con un mínimo de 50 personas discapacitadas y la de enfermería a la totalidad, mientras que en Bizkaia se tienen en cuenta, exclusivamente, las residencias con al menos 100 plazas.

Los criterios para establecer las plazas financiadas son también diferentes en los dos convenios. En Bizkaia, se tienen en cuenta todas las plazas concertadas por la Diputación con las residencias, mientras que en Gipuzkoa se consideran los residentes, esto es, las plazas ocupadas.

En Gipuzkoa se establecen tres tipos de usuarios: dependientes, grandes dependientes y autónomos; en Bizkaia sólo hay dos: autónomos y dependientes, lo que implica una dedicación de enfermería diferente en ambos territorios. La prestación de atención a personas autónomas está fuera del marco de atención sociosanitaria. Sin embargo, la inclusión, en los convenios analizados, de residencias con este tipo de usuarios puede suponer una discriminación con respecto a los ayuntamientos que gestionan residencias para personas mayores autónomas, sin recibir compensación por la prestación sanitaria prestada en éstas.

En relación con la cofinanciación de las plazas de las unidades residenciales sociosanitarias el porcentaje de participación tampoco es homogéneo: en el convenio de Álava (pendiente de su puesta en marcha) se establece la financiación de las plazas al 50%, mientras que en Bizkaia y Gipuzkoa la parte sanitaria corresponde al 47% del coste de la tarifa.

Durante el año 2010 en Álava se ha trabajado para consensuar un modelo de convenio de financiación sociosanitaria acordado por las dos partes.

CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES

A continuación se presentan algunas consideraciones referentes a los aspectos claves de la atención y coordinación sociosanitaria: atención a las personas; acceso a los recursos; estructuras de coordinación y convenios de financiación.

Tal y como se ha señalado, se define como población candidata a la atención sociosanitaria:

- Personas mayores en situación de dependencia
- Personas con discapacidad
- Personas con problemas de salud mental, en particular las personas con enfermedad grave y crónica, y las personas con problemas de drogodependencias
- Personas con enfermedades somáticas crónicas y/o invalidantes
- Personas convalécientes de enfermedades que, aún habiendo sido dadas de alta hospitalaria, todavía no disponen de autonomía suficiente para el autocuidado
- Personas con enfermedades terminales
- Otros colectivos en riesgo de exclusión, en particular las personas menores de edad en situación o riesgo de desprotección, o con problemas de comportamiento; las mujeres víctimas de violencia de género y la población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y social

1. ATENCIÓN A LA POBLACIÓN CANDIDATA A LA ASISTENCIA SOCIO SANITARIA

- La coordinación entre niveles asistenciales es necesaria para garantizar una atención continuada de las personas, permite el uso programado de los Hospitales de Media Estancia y dispositivos sociosanitarios y sociales, contribuye a evitar ingresos inadecuados en los hospitales de agudos reduciendo además el número de consultas en los servicios de urgencias hospitalarias.
- El cuestionario de valoración de pacientes que se utiliza en Gipuzkoa ha demostrado ser de gran utilidad para valorar las necesidades de las personas mayores dependientes con patología crónica tanto en domicilio como en otro dispositivo asistencial sanitario o sociosanitario.

- La división entre necesidades sanitarias y sociales, las dificultades de desarrollo de equipos multidisciplinares sociosanitarios comunitarios, así como las limitaciones de los servicios de ayuda domiciliaria públicos y el actual desarrollo de estructuras intermedias, dificultan en algunos casos la permanencia de las personas en domicilio provocando situaciones de fragilidad que conducen a realizar ingresos evitables.
- La organización de la atención a la persona mayor dependiente, afecta de patología crónica, no es homogénea en los tres Territorios. Se deberá ir hacia un modelo de atención capaz de diferenciar a la persona mayor sana, de la enferma con un buen control de su enfermedad y de aquella otra con patología crónica evolucionada y dependiente que cumple criterios de fragilidad y requiere para su correcta atención equipos multidisciplinares sociosanitarios.
- Los resultados del proceso de reubicación de personas ingresadas en hospitales psiquiátricos pueden considerarse desiguales: si bien en los tres territorios se han realizado las tareas necesarias para la valoración y la identificación de personas susceptibles de ser ubicadas en centros de la red social, estableciéndose para ello los correspondientes grupos de trabajo.
- Las reubicaciones efectuadas a lo largo de los últimos años han sido fundamentalmente en centros residenciales para personas mayores. Las alternativas de alojamiento para adultos son limitadas y como se ha señalado anteriormente las diferencias entre los tres Territorios Históricos son importantes.
- Por otra parte, la falta de recursos intermedios dificulta la ubicación adecuada de las personas con enfermedades mentales graves.
- Además, hay una población de usuarios con enfermedad mental, en recursos de la red de inserción social, centros residenciales de menores con problemas severos de conducta, centros residenciales para personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta y en UPSI de centros gerontológicos que precisan una mejora de la coordinación de la atención entre ambas redes.
- Las relaciones y acciones entre salud mental, atención primaria y servicios sociales dependen mucho de la sensibilidad individual de los distintos profesionales, y no de acuerdos coordinados y compartidos.
- Dentro de la red pública sanitaria existen recursos muy limitados para la atención a la infancia y adolescencia. Los servicios sociales costean la intervención de gabinetes psicológicos privados para la atención de menores en situaciones de desprotección.

- Necesidad de desarrollar protocolos y guías específicas de actuación a personas con discapacidad dentro de los distintos servicios y momentos de la atención sanitaria.
- En el entorno sanitario existen barreras físicas, administrativas y organizativas para la atención adecuada de las personas con discapacidad.
- Se precisan servicios para la atención a las personas con patología dual, discapacidades y trastorno mental o de conducta severo.

2. ACCESO A LOS RECURSOS

- Existen diferencias entre los tres Territorios Históricos en las condiciones de acceso a los servicios y recursos sociales contemplados en la Ley de la Dependencia: la valoración de dependencia (BVD) es requisito imprescindible para el acceso a los mismos, así como para la percepción de las prestaciones económicas reguladas por dicha Ley; pero en Gipuzkoa, se utiliza también el instrumento de valoración RAI para establecer la idoneidad del acceso a algunos recursos.
- La información médica a aportar para proceder a la valoración tal y como se está efectuando, está suponiendo un proceso que genera a las personas solicitantes, a los médicos y a los trabajadores sociales una carga. En este sentido, se considera necesario el diseño de un proceso que de manera telemática permita el intercambio de información entre los servicios sociales y de salud.
- La atención en las URSS (unidades residenciales sociosanitarias) presenta un carácter diferente. Así en Bizkaia es una prestación solo para las personas mayores, lo que explica que el acceso se realice a través del Servicio de Personas Mayores del Departamento de Acción de la Diputación, en Gipuzkoa en cambio, se configura como un recurso orientado a las personas en las que confluyen necesidades sociales y sanitarias, independientemente de su edad.
- La coordinación entre niveles asistenciales se realiza en Gipuzkoa a través de un servicio de admisión centralizada, que además utiliza una herramienta de valoración que permita la ubicación de las personas en el nivel asistencial más adecuado a sus necesidades. Esta metodología de trabajo no se utiliza en el resto de Territorios Históricos.
- Se percibe la necesidad de flexibilizar y crear circuitos que posibiliten la adecuada derivación de las personas usuarias entre los dos sistemas.

3. ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN

- Organizativamente se han dado pasos en la configuración del espacio sociosanitario, con la creación de los Consejos Vasco de Atención Sociosanitaria, los Consejos Territoriales y las Comisiones de Orientación y Valoración Sociosanitaria. A nivel comunitario, existen experiencias puntuales de coordinación entre servicios sociales de base y centros de salud. Sin embargo, lo cierto es que para muchos de los profesionales de los dos sistemas, la Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria constituye su única referencia.
- La necesaria coordinación entre servicios de salud y servicios sociales de base está sujeta al buen hacer y a la voluntad de los profesionales, lo que dificulta garantizar una buena atención a las personas, promocionar hábitos de vida saludable y prevenir la dependencia y las situaciones de indefensión de colectivos especialmente vulnerables.
- Existe gran interés entre los profesionales de los servicios sociales de base por trabajar en aras de estructurar la coordinación sociosanitaria en sus municipios elaborando protocolos de actuación conjunta.

4. CONVENIOS ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD CON LAS DIPUTACIONES FORALES Y OTRAS ENTIDADES

- Existe diversidad entre los Territorios Históricos, en cuanto a los tipos de servicio convenidos, fundamentalmente en recursos sociales para la atención a personas con problemas de salud mental.
- Se trata de convenios de compensación económica. No se establecen otro tipo de compromisos relacionados con la calidad de la asistencia.
- En el caso de los convenios para la asistencia en residencias de personas mayores de Bizkaia y Gipuzkoa se trata de modelos de financiación basados en cargas sanitarias. Además, los módulos de financiación de la atención sanitaria en la residencia de mayores son diferentes en los Territorios Históricos.
- El coste de la estancia de las personas que acceden a las URSS es financiada por las respectivas Diputaciones Forales y el Departamento de Sanidad y Consumo. Este Departamento financia la parte sanitaria del coste de la tarifa que en el caso de Bizkaia y Gipuzkoa está cuantificada en un 47%, mientras que en

Álava, el convenio vigente (pendiente de la puesta en marcha del recurso) prevé una financiación del 50%.

- No se regula la atención sanitaria en las unidades residenciales de personas con gran discapacidad física.
- La financiación de residencias para personas con gran discapacidad física y psíquica la realizan exclusivamente las Diputaciones Forales.
- Otros recursos: en el ámbito del tratamiento del SIDA y la drogadicción, la financiación corre a cargo del Gobierno y las respectivas Diputaciones Forales y Ayuntamientos.

CAPÍTULO VI. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Se proponen a continuación las líneas estratégicas que han de guiar la elaboración de un nuevo Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la CAPV. Estas líneas deben responder a las necesidades sanitarias y sociales de la población diana definida para la atención sociosanitaria y garantizar unos cuidados preventivos, progresivos, integrales y continuados.

Los pilares en los que debe pilotar su desarrollo son:

- Sinergia entre las instituciones implicadas
- Autonomía en los diferentes planes operativos de cada Territorio Histórico
- Dotación presupuestaria

Objetivo estratégico 1: Desarrollar los servicios sociosanitarios.

1.1. Garantizar una atención integrada en el continuo asistencial

- Desarrollar una atención comunitaria transversal que garantice la continuidad de cuidados en el domicilio habitual de las personas con la implicación de los equipos de atención primaria, red de salud mental y servicios sociales.
- Facilitar la coordinación sociosanitaria dotando a los hospitales y a las comarcas de atención primaria de trabajadoras/es sociales integrados en los equipos asistenciales.
- Potenciar la atención mediante la metodología de gestión de casos como elemento fundamental para la coordinación sociosanitaria.
- Facilitar que la valoración validada por cada institución pueda ser puerta de entrada a la atención sociosanitaria y que a su vez existan sistemas de homologación a otras valoraciones.

1.2. Impulsar y homogeneizar el desarrollo de recursos sociosanitarios en los tres Territorios Históricos

- Definir los recursos sociosanitarios necesarios para dar continuidad de respuesta a las personas que precisen de convergencia de ambos sistemas para su atención.
- Lograr el equilibrio interterritorial en la oferta de servicios.

- Definir la identidad competencial de ambos sistemas en la Atención Sociosanitaria dotándolos de identidad compartida (reconocimiento mutuo) y con reglamentación específica.
- Revisar la definición del modelo de Unidades Residenciales Sociosanitarias, el acceso a las mismas y su dimensionamiento con criterios de proximidad y de equidad geográfica.
- Desarrollar la propuesta de Modelo de Atención Temprana para la Comunidad Autónoma del País Vasco.

1.3. Elaborar un plan para el desarrollo de la atención a determinados colectivos en situación o riesgo de exclusión social

- Identificar los problemas que puedan impedir a los colectivos en situación o riesgo de exclusión social el acceso a los recursos de forma normalizada.
- Mejorar la coordinación entre los sistemas de atención, consensuando procedimientos de actuación conjunta en las mejores condiciones de garantía de cuidados.
- Asegurar la coordinación entre recursos sociales de atención a determinados colectivos y los profesionales sanitarios mediante su participación en los equipos de intervención, y protocolizando las actuaciones a llevar a cabo.
- Reforzar los servicios y prestaciones de carácter socioeducativo en la atención a personas en riesgo o situación de exclusión social.
- Impulsar la creación de un servicio de apoyo a las personas sin hogar.
- Impulsar el desarrollo de programas de apoyo en el ámbito de salud (Atención Primaria y Salud Mental) en lo relativo a la red de protección infantil y, garantizar la continuidad de su atención al alcanzar la mayoría de edad.

1.4. Reorganizar y mejorar la atención a personas con problemas de salud mental

- Analizar los servicios sociosanitarios precisos para las diferentes situaciones, ir completando un mapa de recursos para este colectivo y lograr una atención coordinada con un plan de intervención individualizada.
- Potenciar los programas de alta intensidad de cuidado en su entorno habitual de residencia, disponiendo de los recursos necesarios y desarrollando programas de apoyo a las personas y a las familias.
- Analizar y desarrollar de forma multidisciplinar el abordaje más adecuado de las necesidades de tratamiento de colectivos específicos tales como personas con trastorno grave de conducta asociado a discapacidad intelectual,

personas en situación de exclusión social extrema y menores con trastornos de comportamiento severos que se atienden en la red social.

- Realizar el seguimiento de los grupos de riesgo, impulsando acciones de prevención y sensibilización social.
- Dimensionar los servicios de atención psicológica a menores de edad y de apoyo a las familias.

1.5. *Consolidar el desarrollo de los servicios para las personas dependientes y con discapacidad*

- Determinar los recursos sociosanitarios más adecuados para garantizar de forma coordinada los cuidados y la asistencia precisa, potenciando el mantenimiento de las personas en situación de dependencia en su entorno habitual en las mejores condiciones de autonomía posibles.
- Abordaje integrado de las aplicaciones telemáticas en el domicilio habitual de las personas dependientes (telemedicina, teleasistencia...)
- Revisar los catálogos de Sanidad “Catálogo de material ortoprotésico” y Diputaciones “Catálogo de ayudas técnicas” para evitar vacíos y duplicidades.
- Facilitar conocimientos básicos a las personas cuidadoras para que puedan promover la aplicación de los procedimientos y estrategias más adecuadas para mantener y mejorar la autonomía personal de la persona en situación de dependencia y sus relaciones con el entorno.
- Ofrecer información sociosanitaria sobre productos de apoyo y adaptaciones que propicien la comunicación, el autocuidado y la seguridad de la persona en situación de dependencia.
- Desarrollar servicios intermedios entre la hospitalización y el domicilio, mediante el impulso y consolidación de unidades sociosanitarias en todos los Territorios Históricos.
- Difundir las buenas prácticas entre los diferentes servicios dirigidos a personas dependientes de la CAPV.

Objetivo estratégico 2: Reforzar la coordinación de actuaciones en el espacio sociosanitario

2.1. Mejorar las estructuras de coordinación sociosanitarias

- Potenciar las estructuras organizativas existentes dotándolas de mayor capacidad vinculante para ambos sistemas.
- Desarrollar las estructuras necesarias de coordinación a nivel comunitario.

2.2. Implantar un sistema de información y comunicación en el que confluyan los sistemas sanitario y social y que permita:

- Agilizar la solicitud de prestaciones, la valoración y la asignación de recursos de forma coordinada, garantizando la continuidad permanente de la respuesta asistencial, evitando vacíos y duplicidades.
- Poner a disposición de los profesionales de los dos sistemas la información, el mapa de recursos disponibles y las actuaciones de coordinación sociosanitarias llevadas a cabo en su ámbito.
- Establecer un sistema de seguimiento y evaluación del desarrollo y ejecución de la Atención Sociosanitaria en los tres Territorios Históricos
- Establecer actuaciones coordinadas que eviten duplicidades y vacíos en relación al apoyo al tercer sector en las intervenciones sociosanitarias.

Objetivo estratégico 3: Determinar los convenios de colaboración necesarios para cubrir la atención sociosanitaria de las personas susceptibles de la misma

- Analizar los convenios de colaboración existentes en cuanto a modelos de atención y financiación, con el fin de homogenizar la atención sociosanitaria en los tres Territorios Históricos.
- Elaborar nuevos modelos de convenio bajo premisas de permanencia en el tiempo, respeto al marco competencial, coherencia y sostenibilidad.
- Establecer las formas de financiación oportuna para los distintos recursos, convenios o acuerdos de Atención Sociosanitaria.

Objetivo estratégico 4: Promover la formación, la investigación y la innovación en el espacio sociosanitarios

- Promover la formación conjunta de los/as profesionales de ambas redes aplicando la estrategia de formación de formadores y estableciendo canales de divulgación de conocimientos y experiencias.
- Potenciar la formación para el autocuidado y la capacitación de las personas cuidadoras.
- Establecer alianzas con las asociaciones de personas afectadas y familiares.
- Potenciar estudios y becas de investigación alineadas con el desarrollo sociosanitario.
- Impulsar experiencias de innovación en acción y buenas prácticas para la solución de problemas identificados en el ámbito sociosanitario comunitario.
- Innovar en la búsqueda de sostenibilidad pilotando diferentes modelos de gestión sociosanitaria.
- Desarrollar alianzas con entidades de innovación social que desarrollen actividades en este ámbito.
- Poner en marcha un centro de investigación e innovación sociosanitaria para la atención a la discapacidad, dependencia y envejecimiento.

El **Consejo Vasco Sociosanitario** guiará y velará para que la planificación de las actuaciones se traduzca en iniciativas y acciones en relación a los temas prioritarios a abordar a nivel autonómico, que son:

- Desarrollo de un sistema de información sociosanitaria
- Promoción del lugar de residencia habitual como principal receptor de cuidados
- Continuidad de la atención sociosanitaria
- Nuevo modelo de planificación, organización y financiación de la atención sociosanitaria
- Desarrollo de un modelo de atención temprana

Estas prioridades de intervención autonómica se traducirán en **planes de actuación territoriales** que respondan a las situaciones, necesidades y opciones adoptadas en cada uno de los territorios; pero que conformarán de forma global el desarrollo de la atención sociosanitaria en la CAPV en consonancia con las líneas estratégicas comunes.

BIBLIOGRAFIA

- Ararteko...Informe Extraordinario "Atención Sociosanitaria: una aproximación al Marco Conceptual y a los Avances Internacionales y Autonómicos" 2007.
- Astrain V., Jusúes L., Celaya T., Gaminde I. "Consideraciones en torno a la atención sociosanitaria" Documento elaborado por el Grupo Técnico de Trabajo nombrado por resolución 182/1997, de 13 de marzo de 1997, del director Gral. de Salud del Servicio Navarro de Salud.
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006).
- LEY 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y protección de Atención a la infancia y la Adolescencia (BOPV nº 59 suplemento, de 30 de marzo de 2005).
- LEY 12/2008, de 5 de diciembre de Servicios Sociales (BOPV nº 246, de 24 de diciembre de 2008).
- Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León. II Plan Sociosanitario de Castilla y León 2003.
- Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León. Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León.
- Consejo Asesor de Salud Mental. "Estrategia de Salud Mental de la CAPV 2009".
- Consejo Territorial Sociosanitario de Gipuzkoa. Programa Piloto de Asesoría en Salud Mental a Centros de inserción Social. 2009.
- Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. "Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008".
- Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. Modelo de Atención Temprana para la CAPV. Propuesta Foral. Noviembre de 2009.
- Diputación Foral de Bizkaia. Plan Estratégico de Acción Social 2008-2011.
- Diputación Foral de Gipuzkoa. Guía de actuación en situaciones de desprotección infantil. 2004.
- Elosegui E. y otros. Osteba "La Gestión del Paciente Mayor con Patología Crónica" Proyecto de Investigación Comisionada" 2008.
- Fernández J.N. IMSERSO. "La Coordinación Sociosanitaria en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia" I Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida 2007.

- Generalitat de Catalunya. Plan Director Sociosanitario del Departamento de Salud. 2006.
- Gobierno Vasco. CVASS. “Plan Estratégico para el desarrollo de a la atención sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008”.
- Gobierno Vasco. “VIII. Informe sobre la situación de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco” informe elaborado anualmente por el departamento responsable de servicios sociales.
- Gobierno Vasco. Dpto. de Empleo y Servicios Sociales. Elaborado por el Centro de Documentación y Estudios SIIS. “Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV 2011-2014” Diciembre 2009.
- Gobierno Vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social. Documentos de Bienestar Social “El papel del personal sanitario en el abordaje del problema del maltrato y abandono en la infancia”. 1998.
- Gobierno Vasco. “II Plan Vasco de Inmigración 2007-2009”.
- Jiménez Lara A., Zabarte Martínez de Aguirre ME. “La regulación de la prestación sociosanitaria” Propuesta del CERMI (Comité Español de Representantes de personas con Discapacidad) Abril de 2008.
- Osteba. “Atención domiciliaria al paciente en situación Terminal en la Comunidad Autónoma del País Vasco” Diciembre 2006.
- Poveda Puente, R.”¿El modelo sociosanitario que debería contener la Ley? Contribución para la reflexión” Congreso de la Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia. Junio de 2009.
- Regidor E. y otros Fundación de Ciencias de la Salud “Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española”.
- SIIS III Informe del Observatorio Social de Gipuzkoa. Mayo 2008.
- SIPOSO “Anotaciones a la LAAD” Cuadernos del SIPOSO 2. Febrero de 2008.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. “Cartera de Servicios de Atención Primaria” Junio 2004.
- Tribunal Vasco de Cuentas Públicas. “Plan de Atención Sociosanitaria del País Vasco, valoración económico-financiera 2005-2008” 2009.

ANEXO I

Recursos de la red de servicios sociales

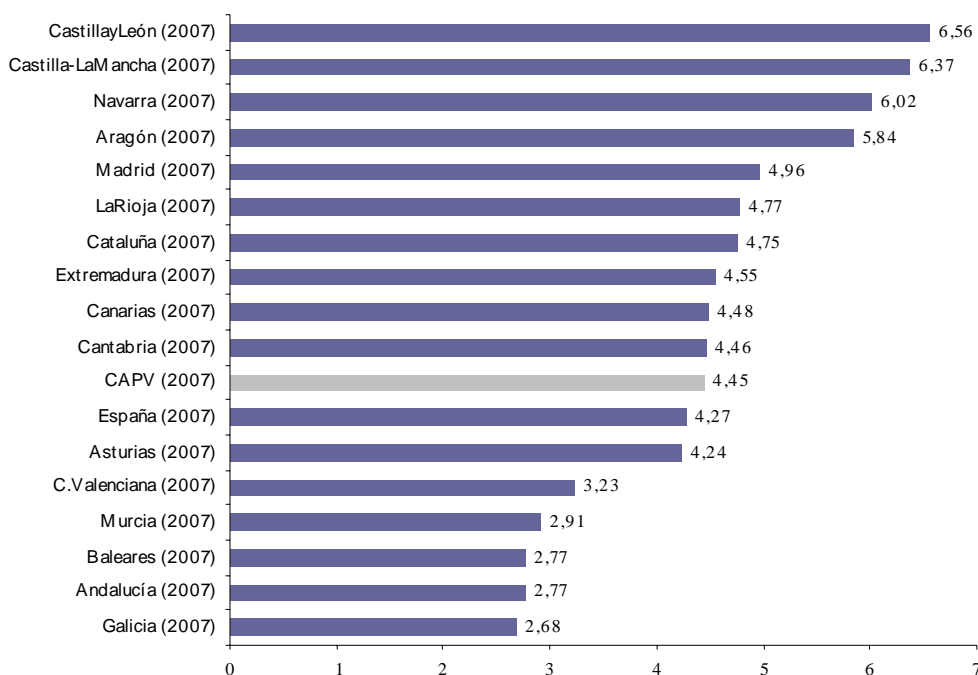
La información recogida en este apartado se ha obtenido del *VIII. Informe sobre la situación de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco*, informe elaborado anualmente por el Departamento responsable de servicios sociales de Gobierno Vasco.

PERSONAS MAYORES

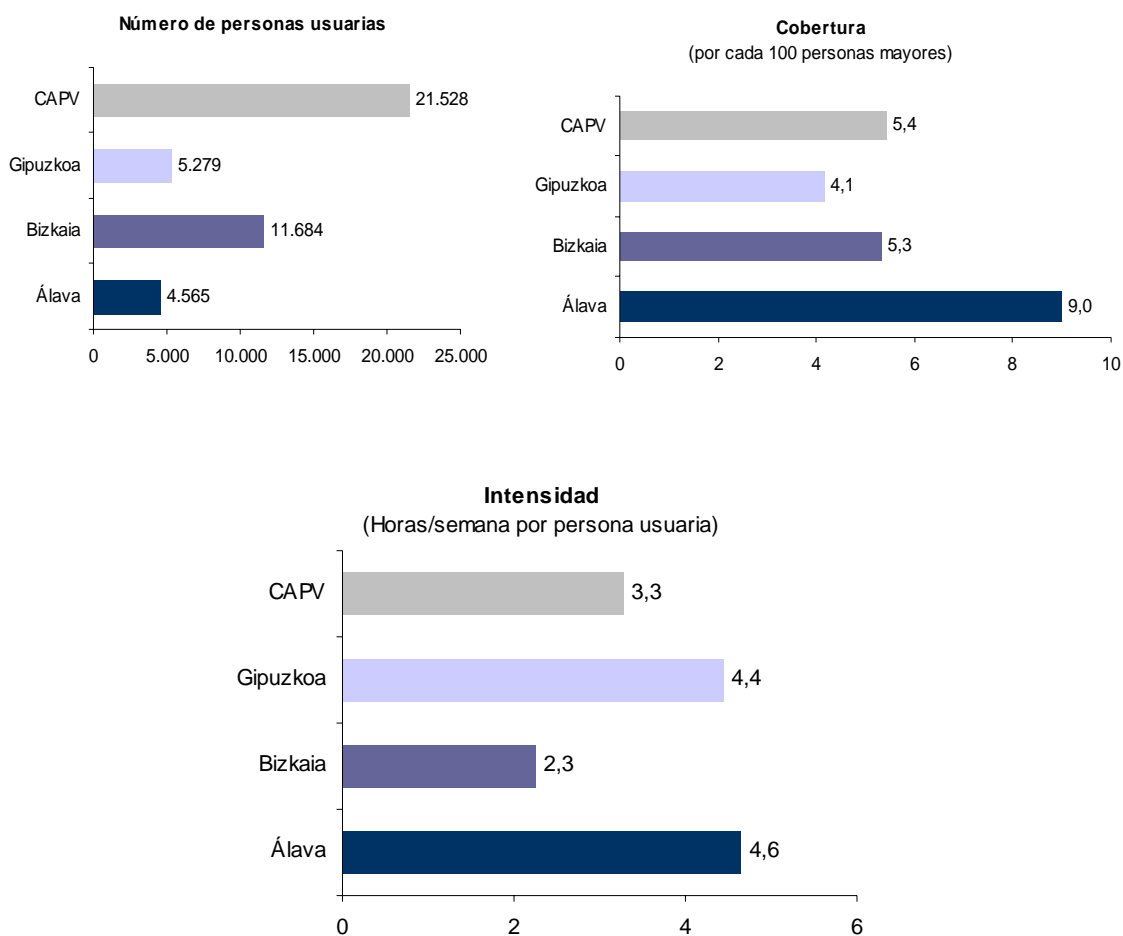
Número de centros y plazas de los servicios residenciales destinados a la población mayor. por Territorio Histórico. 2007

	Centros				Plazas			
	Residencias	Pisos y apartamentos	Centros de respiro	Total	Residencias	Pisos y apartamentos	Centros de respiro	Total
Álava	35	40	1	76	2.146	736	30	2.912
Bizkaia	142	81	4	227	9.133	916	51	10.100
Gipuzkoa	59	45	0	104	4.696	634	0	5.330
CAPV	236	166	5	407	15.975	2.286	81	18.342

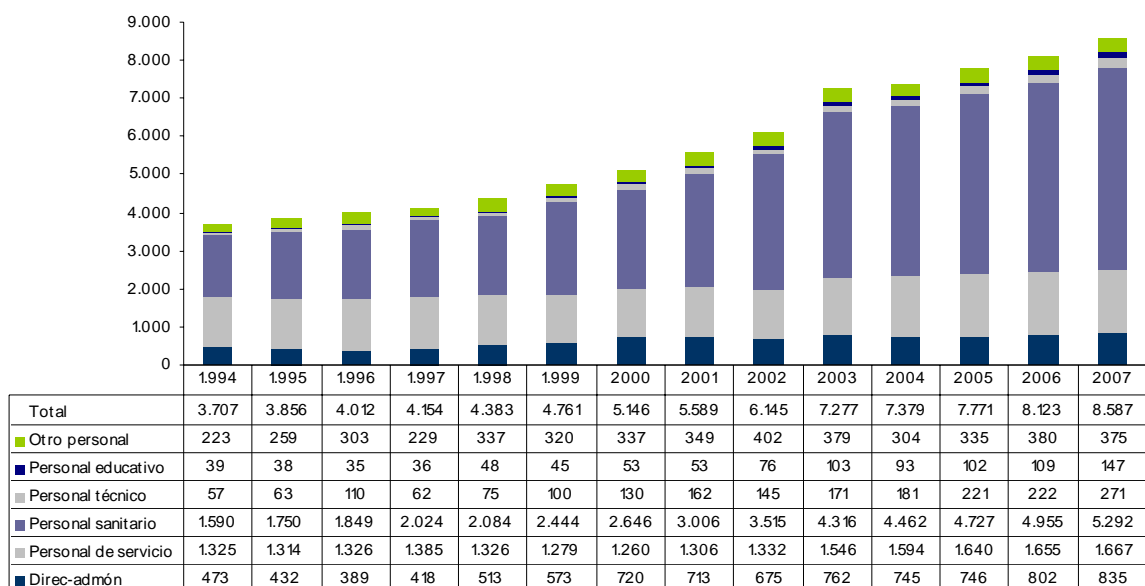
Cobertura de los centros residenciales destinados a la población mayor, por comunidades autónomas



Número de personas usuarias, cobertura e intensidad del SAD, por Territorio Histórico. 2007



Evolución del personal propio, por tipo de ocupación. 1994-2007



La distribución del personal propio por tipo de ocupación pone de relieve el carácter fundamentalmente sociosanitario de los servicios prestados en los centros para personas mayores. En 2007, casi cinco de cada diez personas empleadas en este sector (5.292) se adscriben al área sanitaria. El análisis a largo plazo permite afirmar que el personal sanitario ha ido incrementando su peso específico en el conjunto del personal de atención a las personas mayores, pasando del 43% en 1994 a 61,6% en 2007, con un crecimiento lento pero constante, que resultó especialmente intenso entre 1995 y 2002.

Estos datos obligan a una reflexión al Departamento de Sanidad y Consumo en cuanto a la planificación de los recursos sanitarios para responder a las necesidades de atención sociosanitaria de la población diana.

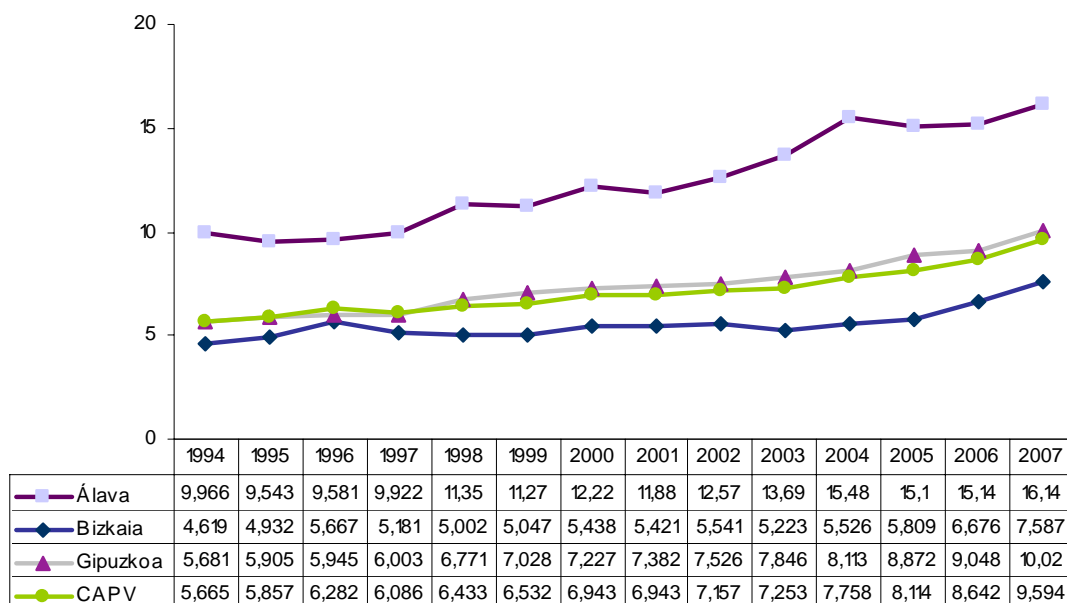
PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de centros y plazas de los servicios residenciales destinados a las personas con discapacidad, por tipo de centros y Territorio Histórico. 2007

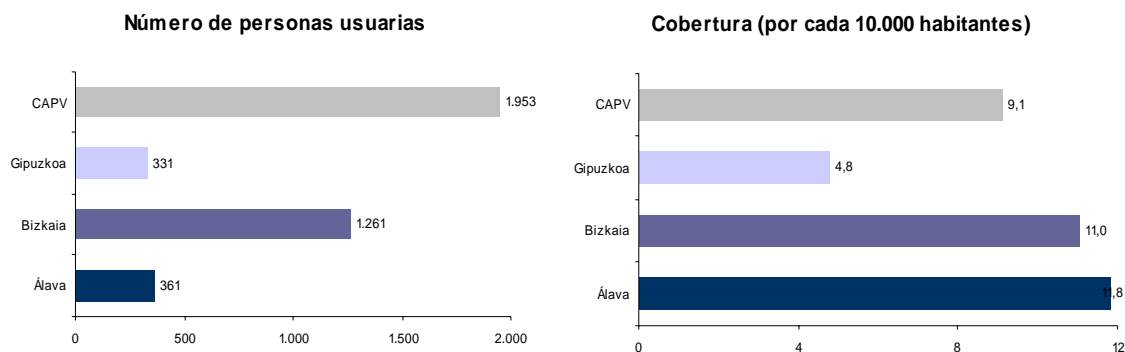
	Centros				Plazas			
	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Residencias	6	15	10	31	224	578	379	1.181
Pisos y apartamentos de larga estancia	25	34	39	98	221	159	309	689
Residencias de corta y media estancia	2	2	1	5	8	91	8	107
Centros de respiro	2	2	-	4	40	38	-	78
Total	35	53	50	138	493	866	696	2.055

Evolución de la cobertura de los centros residenciales para personas con discapacidad, por Territorio Histórico. 1994-2007.

Cobertura (nº de plazas por 10.000 habitantes)



Número de personas usuarias y cobertura del SAD destinado a personas con discapacidad, por Territorio Histórico.2007.

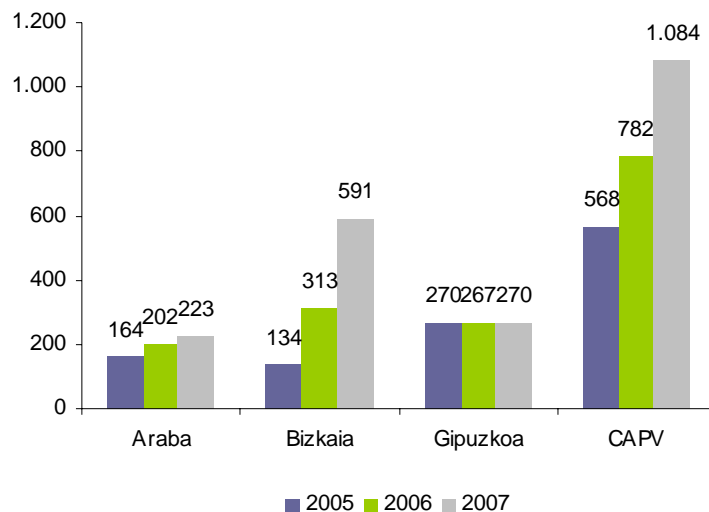


INFANCIA, FAMILIA Y MUJER

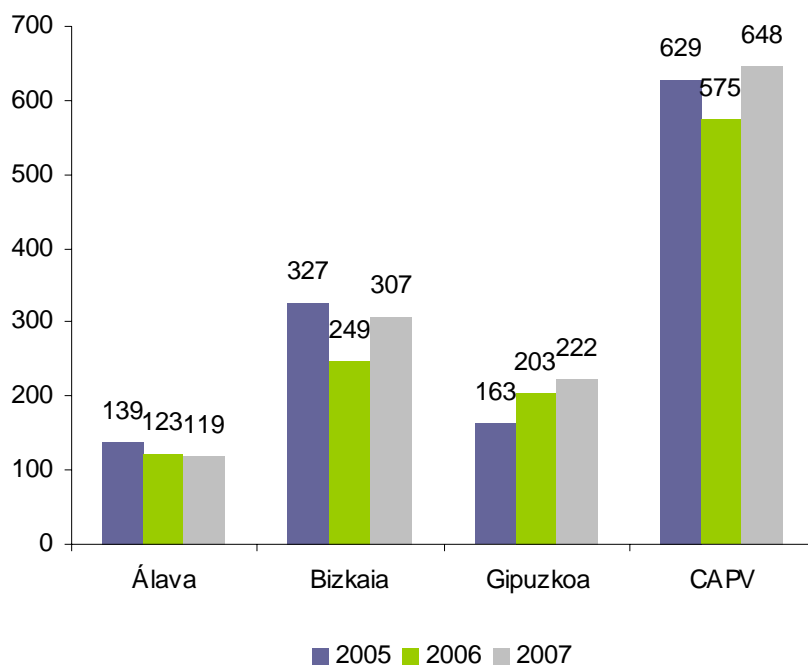
Número de centros, plazas y tamaño medio de los servicios residenciales destinados al colectivo familia, infancia, juventud y mujer, por Territorio Histórico. 2007.

		Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Centros	Residencias de larga estancia	--	5	2	7
	Pisos y apartamentos larga estancia	15	24	19	58
	Residencias corta y media estancia	12	34	43	89
	Total	27	63	64	154
Plazas	Residencias de larga estancia	--	220	40	260
	Pisos y apartamentos larga estancia	110	267	149	547
	Residencias corta y media estancia	76	329	268	673
	Total	186	816	457	1.480
Tamaño medio (nº plazas/ nº de centros)	Residencias de larga estancia	--	44	20	37,1
	Pisos y apartamentos larga estancia	7,3	11,1	7,8	9,4
	Residencias corta y media estancia	6,3	9,7	6,2	7,6
	Total	6,9	13	7,1	9,6

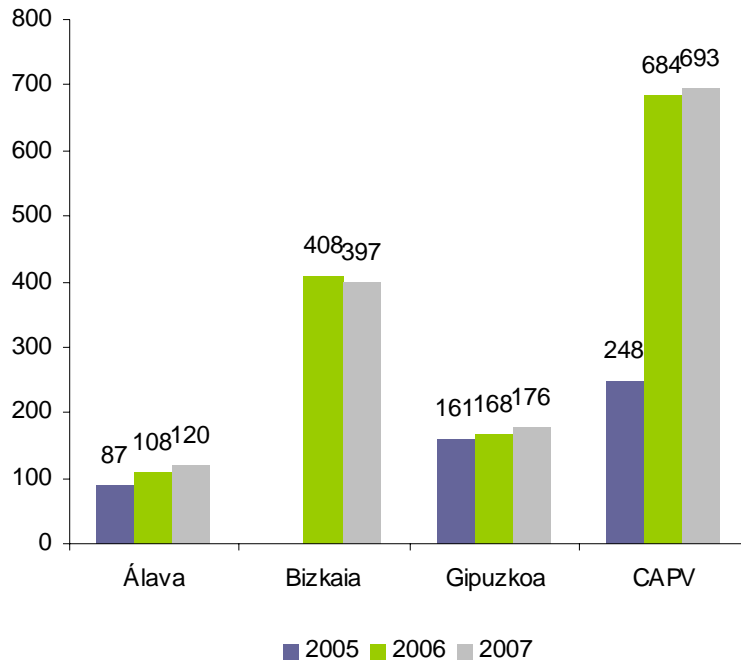
Número de expedientes abiertos por las Diputaciones Forales en el ámbito de la protección de menores. 2005-2007



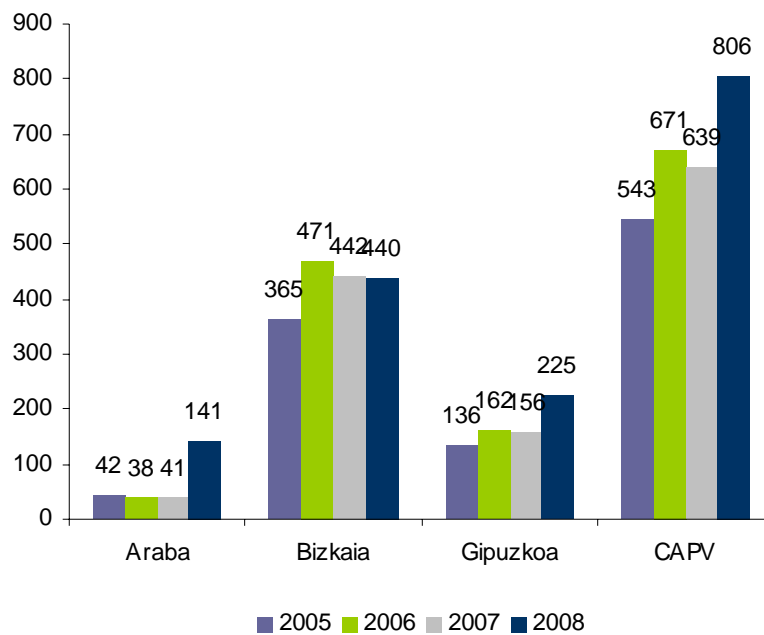
Número de acogimientos residenciales a 31 de diciembre de cada año, por Territorio Histórico. 2005-2007



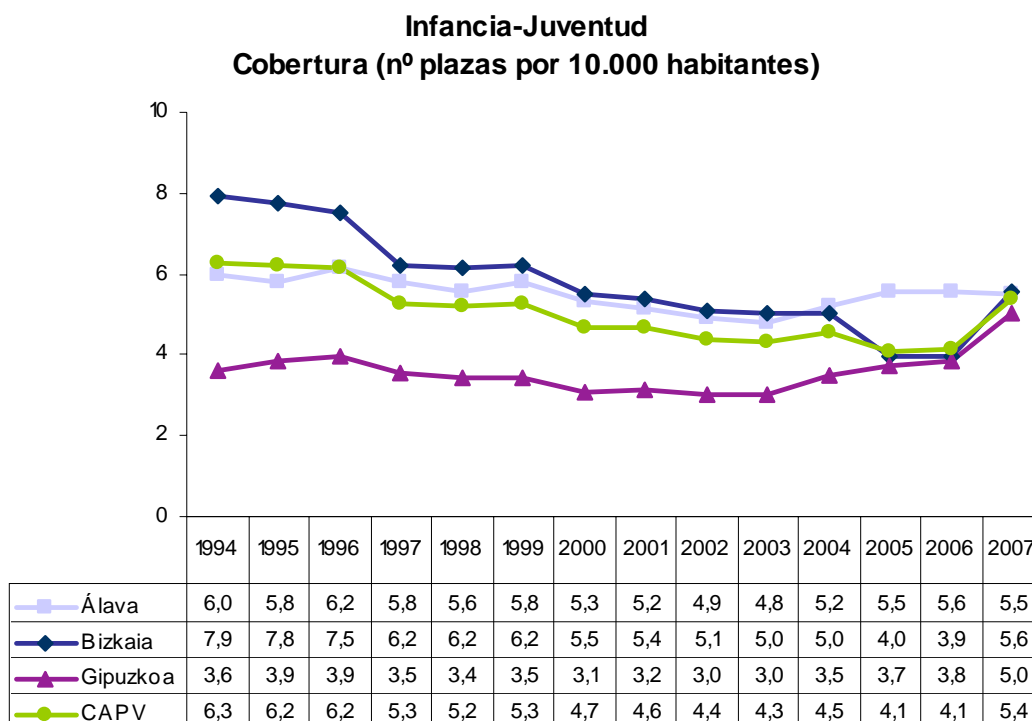
Número de acogimientos familiares a 31 de diciembre de cada año, por Territorio Histórico. 2005-2007



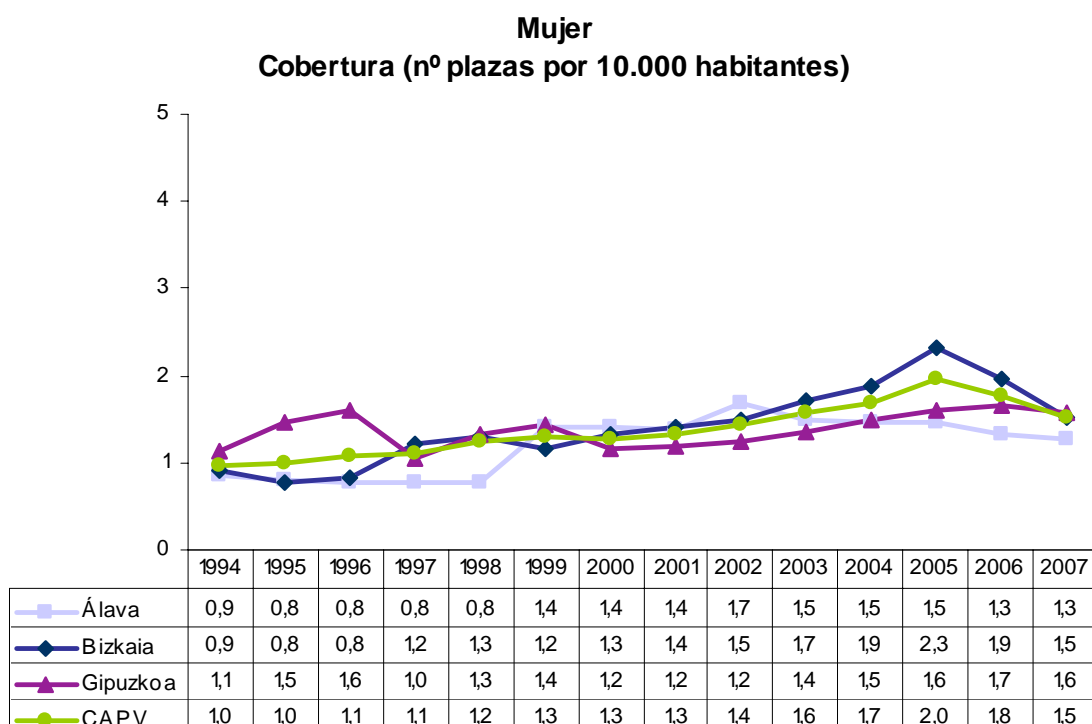
Número de nuevas acogidas de menores extranjeros no acompañados producidas a lo largo del año. 2005-2008



Evolución de la cobertura de los centros residenciales destinados infancia y juventud en desprotección, por Territorio Histórico. 2007.



Evolución de la cobertura de los centros residenciales destinados al colectivo mujer, por Territorio Histórico. 2007



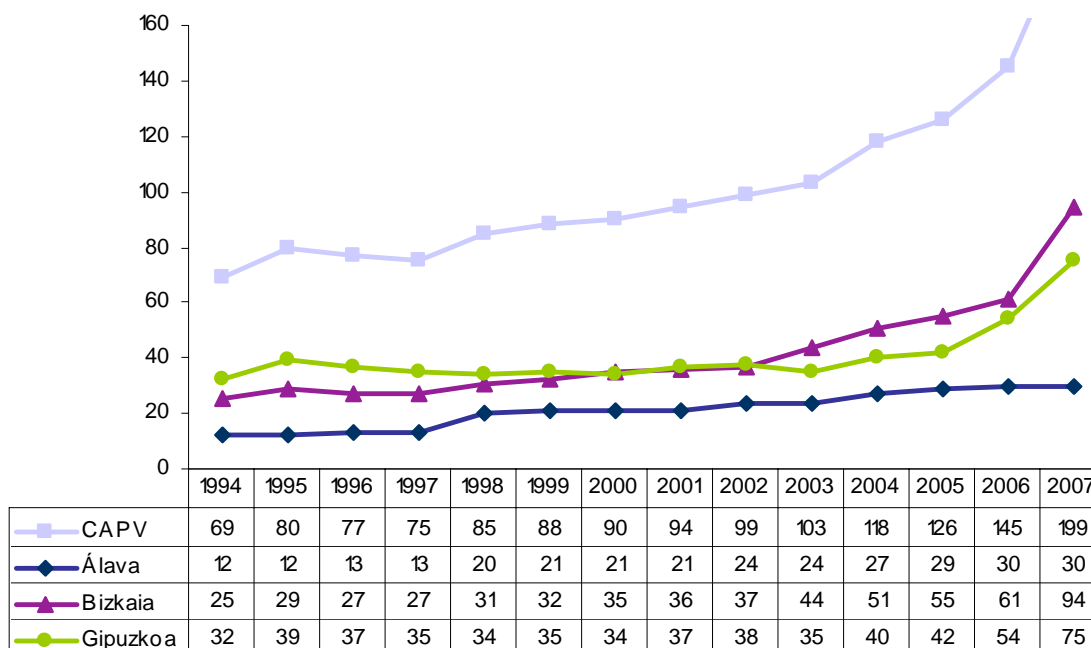
PERSONAS EN EXCLUSIÓN

Número de centros, plazas y tamaño medio de los servicios residenciales destinados a las personas en situación de exclusión, por Territorio Histórico. 2007

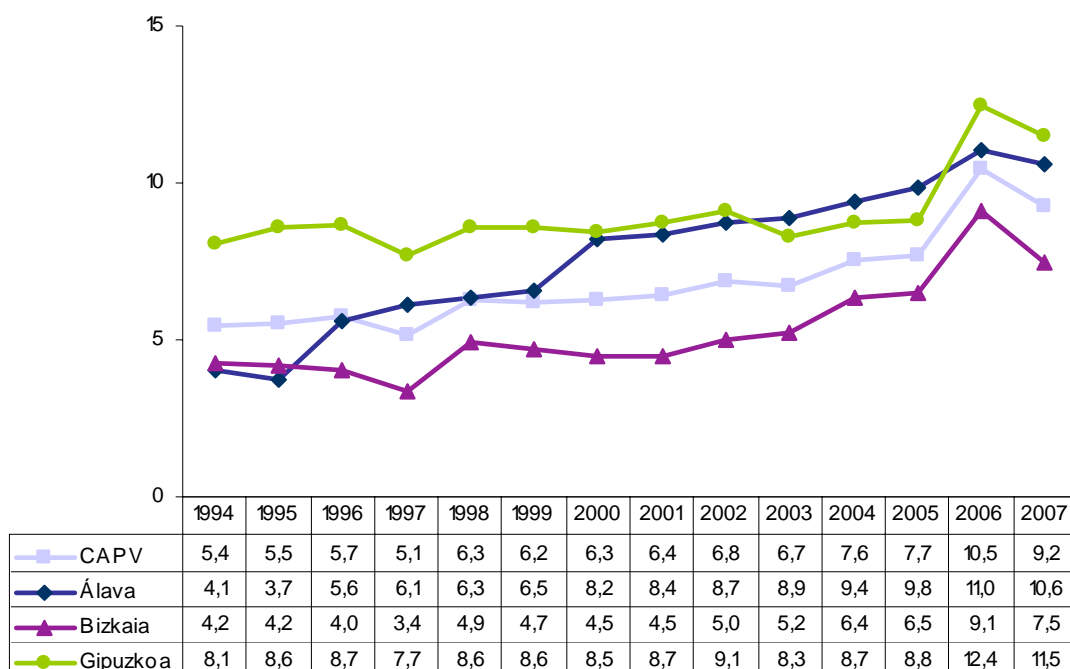
	Centros	Plazas	Tamaño medio (nº plazas/ nº de centros)
Álava	30	323	10,8
Bizkaia	94	855	9,1
Gipuzkoa	75	799	10,7
CAPV	199	1.977	9,9

Evolución del número de plazas y cobertura de los centros residenciales destinados a personas en situación de exclusión, por Territorio Histórico. 1994-2007

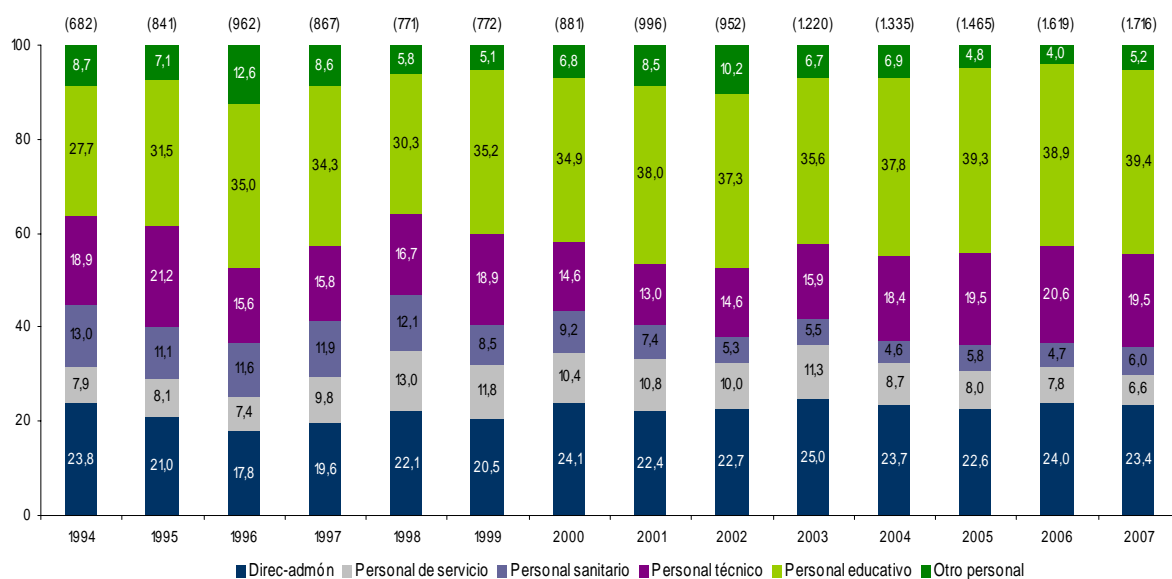
Centros



Cobertura (nº plazas pro 10.000 habitantes)



Evolución de la distribución porcentual del personal propio (a 15 de diciembre), por tipo de ocupación. 1994-2007



ANEXO II
Recursos sanitarios

HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

Álava

Media-estancia hospitalización general

CENTRO	Nº DE CAMAS
Hospital de Leza	63
Clínica Álava (Concertada)	35
TOTAL	98

Media y larga estancia hospitalización psiquiátrica

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA	Nº DE CAMAS
Media Estancia en Hospital Psiquiátrico	38
Rehabilitación en Hospital Psiquiátrico	65
Psicogeriatría en Hospital Psiquiátrico	109
Unidad de Psicosis Refractaria en H. P.	14
TOTAL	226

Bizkaia

Media-estancia hospitalización general

CENTRO	Nº DE CAMAS
Hospital de Gorniz	149
Hospital de Santa Marina	265
TOTAL	414

Media y larga estancia hospitalización psiquiátrica

CENTRO	Nº DE CAMAS
Psiquiátrico Zaldibar	205
Psiquiátrico Bermeo	171
Psiquiátrico Zamudio	139
TOTAL	515

Gipuzkoa

Media-estancia hospitalización general

CENTRO	Nº DE CAMAS
HOSPITALIZACION GENERAL	
Hospital Donostia (Edificio Amara)	88
Hospital Ricardo Birmingham (Concertado)	96
TOTAL	184

Media y larga estancia hospitalización psiquiátrica

HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA (Concertados)	Nº DE CAMAS
Sanatorio Usurbil	96
San Juan de Dios (Donostia)	81
San Juan de Dios (Arrasate)	305
Aita Menni	489
TOTAL	971

ATENCIÓN A PERSONAS QUE REQUIEREN CUIDADOS PALIATIVOS

Álava

La asistencia a personas que requieren cuidados paliativos se realiza en domicilio a través de los equipos de atención primaria y de las unidades de hospitalización a domicilio (una en cada uno de los dos hospitales de la red pública: Txagorritxu y Santiago). En estos hospitales existen además equipos consultores para la atención hospitalaria de estas personas (incluidas en los servicios de medicina interna). Por otro lado, están concertadas un número de camas de media estancia en la Clínica Álava que se utilizan para el ingreso de este tipo de personas enfermas.

En la red foral de gestión directa se hacen cuidados paliativos a través de profesionales de la entidad foral.

Bizkaia

La organización de la atención a los enfermos paliativos es similar a la de Álava: existen equipos de hospitalización a domicilio en los hospitales de Cruces, Basurto, Galdakao y San Eloy. En el hospital de Cruces cuenta también con un equipo consultor. El hospital de Gorniz dispone de 24 camas para la atención de paliativos y 34 el hospital de Santa Marina. El hospital San Juan de Dios de Santurtzi cuenta con 19 camas no concertadas.

Gipuzkoa

En Gipuzkoa se reproduce la estructura de atención a paliativos, existiendo unidades de hospitalización a domicilio en todos los hospitales de la red pública (5) y camas para su atención en los hospitales Donostia (8 camas en la unidad de media estancia del edificio Amara) y Bermingham (hospital concertado que dispone de 14 camas).

TRABAJADORES/AS SOCIALES EN LA RED SANITARIA PÚBLICA

Álava

CENTRO	Nº
Hospital Txagorritxu	2
Hospital Santiago	3
Hospital Psiquiátrico	4
Centros de Salud Mental	9

Bizkaia

CENTRO	Nº
Basurto	5
Cruces	2
Galdakao	2
San Eloy	0
Gorniz	1
Santa Marina	1
Bilbao	2

CENTRO	Nº
Uribe	0
Ezkerraldea	2
Interior	0
Hospital BERMEO	3
Hospital ZALDIBAR	3
Hospital ZAMUDIO	4
Centros de Salud Mental	20
Equipo de Psiquiatría Infantil	5
Otros psiquiatría	2

Gipuzkoa

CENTRO	Nº
Hospital Donostia	5
Hospital de Zumarraga	1
Comarca Ekialde	3*
Comarca Mendebalde	3**
Centros de Salud Mental	12
Equipo de Psiquiatría Infantil	1
Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica	1

* En centros de salud de Donostia, Rentería e Irún.

** No hacen funciones de coordinación sociosanitaria sino que están integradas en la unidad de calidad.

En los diferentes niveles de atención psiquiátrica se dispone de Trabajadores/as Sociales a diferencia de hospitalización general (tanto agudos como media estancia) y atención primaria.

En Gipuzkoa solo cuentan con una profesional de esta disciplina en uno de los hospitales comarcales. En Bizkaia sólo en el Hospital de San Eloy no hay trabajadores/as sociales. En Álava no existe esta figura en el único hospital de media estancia de Osakidetza.

En atención primaria su presencia es casi inexistente y además, en algunos casos, las tareas asignadas a este colectivo profesional se inscriben en áreas ajenas a la coordinación sociosanitaria.

TRASLADOS ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Álava

Los traslados que se realizan al Hospital de Leza son gestionados por las trabajadoras sociales del Hospital Txagorritxu y del Hospital Santiago, para las personas ingresadas. Desde los domicilios se trasladan excepcionalmente y se gestionan bien desde la Dirección Territorial de Sanidad o desde su hospital de referencia.

La gestión de traslados a Clínica Álava se realiza en la Unidad de Asistencia Sanitaria de la Dirección Territorial. Las solicitudes pueden ser tanto de personas ingresadas como de personas en domiciliario.

La gestión de los traslados al Hospital Psiquiátrico se realiza bien desde el Hospital Santiago Apóstol o bien, en caso de descompensaciones de enfermos crónicos ambulatorios, desde los Centros de Salud Mental o Estructuras Intermedias.

En el caso de la Unidad de Psicosis Refractaria, son derivados desde cualquier organización de servicios de Osakidetza previa aprobación en la Comisión de valoración.

Bizkaia

En Bizkaia, los traslados a hospitalización de media estancia y a las unidades de cuidados paliativos desde los hospitales de agudos (servicio de urgencias o planta) o desde el domicilio (hospitalización a domicilio y atención primaria) se gestionan directamente entre las organizaciones implicadas y se basan en protocolos revisados periódicamente que establecen los criterios para el traslado de pacientes, el procedimiento para contacto entre profesionales y la documentación a trasladar.

Gipuzkoa

En este Territorio las derivaciones programadas de personas entre los diferentes niveles asistenciales se realizan a través del Servicio de Admisión Centralizada, ubicado en el Hospital Donostia. Este Servicio gestiona, por tanto, la coordinación entre niveles sanitarios, y entre éstos y los dispositivos sociosanitarios.

El origen de la petición de la derivación es muy variado: hospitales de agudos públicos y concertados, atención primaria, hospitalización a domicilio y centros gerontológicos fundamentalmente.

Para ello existe un protocolo de derivación de pacientes validado y en funcionamiento desde el año 2003. Su objetivo es disminuir la variabilidad en la derivación garantizando la utilización de los mismos criterios en cada paciente. Se basa en un cuestionario de valoración ponderado que evalúa las cargas médicas, de enfermería y sociales convirtiéndose en una valoración integral de las necesidades del paciente en base al cual se le asigna el recurso al que debe ser derivado.

La puntuación total obtenida por cada paciente junto con la sintomatología clínica y la comorbilidad detectadas determina su ubicación más adecuada. De forma general, todo paciente con una puntuación total ponderada superior a 33,3 puntos es candidato a ser analizado para su ubicación en un recurso sanitario o sociosanitario. El porcentaje sanitario respecto al social determina las características del recurso.

El Servicio de Admisión Centralizada de Gipuzkoa valora todas las peticiones de traslado entre niveles asistenciales de Gipuzkoa y aporta a la Comisión Sociosanitaria la valoración de los pacientes a trasladar a las unidades residenciales sociosanitarias.

La aplicación de este cuestionario, validado y adaptado para el área sanitaria de Gipuzkoa, permite valorar las cargas de cuidados de los pacientes según criterios uniformes y estandarizados, lo que garantiza una asignación ordenada y equitativa de los recursos de Media Estancia y Sociosanitarios.

PERSONAS EN DOMICILIO

En el año 2006 se realizó una experiencia de valoración con la misma escala a personas mayores con patología crónica que tenía como referente dos médicos de AP del Centro de Salud Irún Centro. El objetivo del estudio era valorar si la asistencia recibida era la adecuada de acuerdo a los mismos parámetros de necesidades sociales y sanitarias y se ajustaba a la asignación de recursos por ponderación establecidos.

El resultado del estudio aportó que el 93,2% de los pacientes evaluados presentan una puntuación inferior a 33,3 puntos, lo que indica una ubicación adecuada en domicilio según los rangos establecidos. Toda persona que sobrepasa esta puntuación requiere una vigilancia estrecha por parte de los equipos de AP y/o trabajadores sociales de base ya que pequeños cambios socio-sanitarios en estas personas pueden indicar la necesidad de una coordinación más estrecha a nivel domiciliario entre el equipo de atención primaria y los servicios sociales o pueden indicar la necesidad de un recurso de nivel superior.

PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

Por otra parte, desde el año 2007 se puso en marcha este mismo mecanismo para la derivación de pacientes a centros de Media y Larga Estancia Psiquiátrica, en este caso, mediante la escala de valoración HoNOS.

ANEXO III

Una aportación desde los servicios sociales municipales de Gipuzkoa a la valoración de la coordinación sociosanitaria

La asistencia a las reuniones comarcales de los Servicios Sociales de Base de los municipios de Gipuzkoa ha permitido conocer:

- Estructuras de coordinación: Sólo en los municipios de Donostia, Eibar y Oñati existe una frágil estructura de coordinación, entre los servicios sociales municipales y los centros de atención primaria, en Zarautz la coordinación también se lleva a cabo con el centro de salud mental. En Pasaia, aunque no existe una estructura como tal, se realizan diferentes actividades de forma coordinada. En varias poblaciones (Tolosa, Zumarraga, Zumaia, Hernani, en algunas localidades de la Comarca del Alto Deba...) ha habido iniciativas de las direcciones comarcales o de los responsables de los diferentes centros de salud para protocolizar la coordinación entre los dos sistemas. Estas iniciativas no prosperaron, en opinión de las trabajadoras sociales, por falta de continuidad de los profesionales de Osakidetza, fundamentalmente de los responsables de los centros. En Lasarte acaban de iniciar una experiencia de coordinación y han formado un grupo de trabajo integrado por dos trabajadoras sociales, una médico y una enfermera. En Rentería e Irún la coordinación se establece con la trabajadora social de los dos centros de salud existentes en los dos municipios; con los centros de salud mental a nivel territorial la coordinación se realiza entre las trabajadoras sociales.
- Protocolos existentes: Existen protocolos de coordinación entre los servicios sociales y los centros de atención primaria en Donostia, Zarautz y Eibar.
- Principales dificultades:
 - Desconocimiento por parte de los profesionales de salud del ámbito y competencias de los servicios sociales
 - Ante la falta de estructuras y protocolos de actuación, la coordinación está subordinada a la actitud de los profesionales
 - Falta de colaboración de los médicos, significativa falta de implicación en situaciones de riesgo de colectivos especialmente vulnerables (infancia,

mayores dependientes y víctimas de violencia de género), no se hacen visitas domiciliarias ni se elaboran informes en este sentido

- No hay conciencia por parte de los profesionales de salud de que se comparten usuarios ni de la importancia de dinámicas metodológicas que abarque una forma de trabajo que no sea sólo la coordinación puntual
- Falta de referentes en Osakidetza para establecer una labor coordinada
- Los profesionales de salud carecen de “tiempos” porque no forman parte de sus funciones las actividades de coordinación con otros sistemas de protección social
- Falta de trabajadores sociales en los hospitales comarcales
- Metodología de trabajo en los hospitales en la que no se contempla la planificación del alta
- Las relaciones con los centros de salud mental se valoran como difíciles, cuando se consideran de especial relevancia en el abordaje de casos complejos. Se percibe una actitud defensiva de los profesionales. Se entiende la confidencialidad de la información que manejan (también lo es la de otros profesionales), pero en ocasiones existe un celo excesivo que en algunas situaciones dificultan la intervención (por ejemplo en la valoración de las situaciones de riesgo de menores). Además, consideran excesiva la cautela de los profesionales de los CSMs en facilitar información por escrito. Por último, refieren apreciar falta de colaboración en la intervención con personas que no acuden a los CSMs. Pueden ser antiguos pacientes o personas con conductas que hacen presumir pueden estar afectadas de patología mental grave y se niegan a acudir

- Puntos favorables:

- Prácticamente todos los profesionales han expresado el gran interés de los/las técnicos de servicios sociales por trabajar en aras de estructurar la coordinación sociosanitaria en sus municipios elaborando protocolos de actuación
- En las poblaciones pequeñas se señala como positivo el reducido número de profesionales para articular la coordinación de las actuaciones
- Donostia recalca la buena disposición en este tema de la dirección de enfermería de la comarca Ekialde
- En varios municipios, existe a su entender, por parte de los profesionales de salud de diversos centros una muy buena disposición en este sentido

- Áreas prioritarias de intervención:
 - La planificación del alta hospitalaria y continuidad de la atención
 - Necesidad de cambios en la atención a la enfermedad mental y la creación de nuevos recursos para estos enfermos
 - La atención a personas mayores dependientes en domicilio
 - Detección y atención de situaciones de negligencia en el cuidado o maltrato de menores, mayores y víctimas de la violencia de género

- Profesionales, equipos de apoyo, actividades formativas necesarias:
 - Red de atención sanitaria más amplia para los menores de edad con necesidad de apoyo psiquiátrico y/o psicológico
 - Dotación de trabajadores sociales en los hospitales comarcales y atención primaria de salud
 - Solicitud al equipo sociosanitario de propulsar y liderar al inicio estructuras de coordinación sociosanitaria en los municipios; asesorar en la elaboración de protocolos; contribuir a reforzar la necesidad de coordinación sociosanitaria entre los profesionales de salud; organización de actividades formativas conjuntas...

ANEXO IV

Propuestas de posibles experiencias a desarrollar

- 1 Impulsar y extender los protocolos de atención primaria social y sanitaria existentes en algunas comarcas. Profundizando en:
 - La capacitación de cuidadores para la atención domiciliaria mediante actividades formativas organizadas conjuntamente por los centros de atención primaria, red de salud mental y servicios sociales.
 - Evitar que el trabajador de ayuda a domicilio tenga que acudir al Centro de Salud a por recetas u otros trámites, responsabilizando al EAP para que se solucionen estas cuestiones en el domicilio de la persona dependiente.
 - Reorientar el papel de enfermería en atención primaria, incorporando la atención a los cuidadores habituales de personas dependientes (atención, información y formación)
 - Objetivar evidencia sobre los logros obtenidos en la atención coordinada, identificando áreas de mejora en la propia coordinación y en los recursos necesarios.

- 2 Prevención de la dependencia funcional secundaria a fractura de cadera en personas mayores de 75 años mediante la creación de unidades ortogeriátricas en hospitales de media estancia.

- 3 Programas de rehabilitación domiciliaria con los siguientes objetivos:
 - Tratar la discapacidad de las personas atendidas en el entorno más idóneo para conseguir la máxima capacidad funcional posible en cada caso y facilitar la independencia y la reintegración en el entorno familiar, social y laboral.
 - Ofrecer una planificación coordinada a lo largo de las diferentes fases y ámbitos de atención y así evitar la fragmentación del programa rehabilitador manteniendo un continuun asistencial.
 - Aumentar la implicación de la persona atendida y su familia/cuidador en el proceso de rehabilitación.

- 4 Modificación del manejo clínico del paciente geriátrico en los hospitales de agudos para garantizar un alta sin incremento de la dependencia. Experiencia piloto en un hospital de cada territorio histórico. Esta modificación debe incluir:
- Sensibilización del personal auxiliar (de enfermería y celadores) y modificación de actividades a realizar en la planta de hospitalización.
 - Dotación en los hospitales de ayudas técnicas para manejo de dependientes.
 - Integrar en las labores del personal de enfermería la formación de los cuidadores de los pacientes.
- 5 Potenciar un cambio en el modelo de respuesta hospitalaria:
- Crear unidades de atención multidisciplinar para la planificación integral del alta garantizando la continuidad de atención.
 - Desarrollar líneas de trabajo orientadas a la valoración integral de las personas ingresadas que permitan la elaboración de planes de atención individualizados.
 - Implantar programas para la detección de riesgo social en el ingreso a fin de lograr la gestión eficiente del proceso del paciente en el hospital.
 - Poner en marcha programas de formación al cuidador de la persona hospitalizada que eviten el fracaso del proceso de alta hospitalaria
- 6 Prevención y actuación ante la desprotección, riesgo o maltrato infantil:
- Consolidación y seguimiento de los protocolos elaborados para el ámbito sanitario en cumplimiento del art. 21 de la Ley 3/2005, de Atención y Protección a la Infancia.
 - Elaboración de un plan de formación continuada del personal sanitario de los centros de atención primaria y especializada, en la detección de los factores de riesgo del maltrato infantil (Art. 20,6 de la citada Ley).
- 7 Víctima de violencia de género:
- Detección precoz de los casos de mujeres víctimas de malos tratos, en aplicación del Protocolo para la actuación sanitaria ante la violencia de género.
 - Consolidación del cumplimiento de la asistencia derivada ante la detección de casos de violencia de género.

8 Prevención y atención a la negligencia en la atención, abandono y maltrato de personas mayores:

- Adaptar y validar un cuestionario de detección de malos tratos a personas mayores a nivel residencial y comunitario.
- Elaboración conjunta con servicios sociales de un protocolo de detección precoz de maltrato a las personas mayores
- Elaboración de protocolo para evitar el maltrato de mayores institucionalizados.

9 Atención a población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y social:

Consolidar las directrices del II Plan Vasco de Inmigración en el área sanitaria.

- Intensificar las acciones de divulgación entre la población inmigrante acerca del acceso y organización del sistema vasco de salud. Elaboración de documentación y acciones de difusión dirigidas a personas inmigrantes sobre: Trámites para obtención de la TIS. Organización del sistema sanitario. Prestación y cartera de servicios. Derechos y deberes.
- Adecuar las condiciones de acceso y atención sanitaria a las peculiaridades de la población inmigrante. Ampliación de la temporalidad de la TIS para asegurar la continuidad normalizada de las prestaciones sanitarias.
- Elaborar actividades de captación de población inmigrante en riesgo hacia la salud sexual y reproductiva.

10 Análisis y definición de los diferentes niveles de atención psicogerítrica en las personas afectadas de demencia.

11 Desarrollar el rol de enfermera de enlace en los hospitales que junto con la trabajadora social permita una adecuada planificación del alta hospitalaria garantizando la continuidad de cuidados

12 Definir criterios de fragilidad generales y específicos por patología crónica que permitan una atención por gestión de casos en todos los niveles sanitarios y sociosanitarios.