

El model sociosanitari a Euskadi: llums i ombres de la coordinació entre sistemes

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

Felix Arrieta¹ i Emma Sobremonte²

Resum

L'espai sociosanitari ha tingut una evolució considerable a la Comunitat Autònoma d'Euskadi (CAE). Tot i les reticències inicials, es pot afirmar que l'espai sociosanitari és una realitat ja consolidada. No obstant això, la decisió de no conformar un nou sistema i les realitats d'origen desiguals dels sistemes de salut i serveis socials, així com les peculiaritats del sistema polític, fan que hi hagi encara importants dificultats i reptes de gestió. Sota el principi de coordinació, s'exposen els principals elements i claus de l'espai sociosanitari de la CAE.

Paraules clau: Atenció sociosanitària, treball social, serveis socials, coordinació, salut, institucions.

Abstract

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

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

Per citar l'article: ARRIETA, Felix i SOBREMONTÉ, Emma. El model sociosanitari a Euskadi: llums i ombres de la coordinació entre sistemes. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 51-65. ISSN 0212-7210.

¹Departament de Treball Social i Sociologia de la Universitat de Deusto. felix.arrieta@deusto.es

²Departament de Treball Social i Sociologia de la Universitat de Deusto. emma.sobremonte@deusto.es

1. Introducció

Per comprendre el model sociosanitari de la CAE cal remuntar-se a la dècada dels noranta i contextualitzar la seva gènesi considerant la combinació de diversos factors que van promoure els primers debats sobre l'“espai sociosanitari”. Amb aquest terme s'expressava l'absència d'un territori a mig camí entre el que és social i el que és sanitari, on faltaven recursos idonis per respondre a situacions urgents i variades de complexitat sanitària i social que feien patir els pacients i famílies i interrogaven també els professionals i institucions implicades.

A més de factors ben coneguts com l'envel·liment de la població, l'augment de la cronicitat i la fragilitat de les xarxes informals de suport social, derivada, alhora, de la creixent incorporació de les dones al mercat laboral i de la manca d'assumpció de rols de cura informal per part de molts homes, altres elements com la posició de partida dels dos sistemes de serveis davant aquesta realitat i les peculiaritats de l'entramat institucional del sistema polític de govern d'Euskadi seran de gran rellevància en el procés de construcció de l'espai sociosanitari i en la definició del model actual.

Però narrar qualsevol història, com la que ens ocupa, pot fer-se des de diferents perspectives, tot depèn de qui l'expliqui i de l'accent que posi la seva mirada. Per això a l'hora d'exposar els antecedents del model d'atenció sociosanitària pel qual ha apostat Euskadi no hem pogut sostreure'ns a exposar, al costat dels fets de la història oficial, alguns elements que, com diria Unamuno, pertanyen a la intrahistòria i que estan a l'ombra d'allò més conegut i divulgat.

2. Antecedents i recorregut històric

Podem situar el començament de la història formal remuntant-nos a 1993, any en què a causa de la creixent demanda d'atenció sociosanitària que s'estava produint en el sector salut a Euskadi s'establirà la primera Comissió de Treball per a realitzar el diagnòstic de la situació. La Comissió, formada per responsables de la gestió i l'administració de serveis sanitaris i per experts pertanyents a l'àmbit hospitalari i de salut mental presentarà finalment al desembre de 1994 l'*Informe de la Comissió de anàlisis del Espacio Socio-sanitario* al Departament de Sanitat. Aquest document serà la base dels desenvolupaments posteriors en aquesta matèria i recollirà les claus essencials de l'atenció sociosanitària.

Després de l'informe de la Comissió s'iniciarà un llarg debat que, com ja vam assenyalar en un article anterior, es plantejarà aclarir “on acaben les competències de salut i comencen les de serveis socials, quan un problema sanitari es transforma en social, i, conseqüentment, on establir la línia divisòria entre les dues realitats. Qüestió difícil, que planteja ni més ni menys que la delimitació de parcel·les d'un tot indivís que és l'individu, amb una sola realitat, la bio-psico-social, que es veu amenaçada per un problema de competències”. (SOBREMONTÉ i LEONARDO, 2001: 13-14)

Però aquesta reflexió sobre l'espai sociosanitari que s'inicia en el sistema de salut cal comprendre-la dins d'un context més ampli: el de la reflexió estratègica iniciada el mateix any per la sanitat basca per reorientar el sistema davant les noves rea-

litats sociodemogràfiques, els canvis en els patrons de morbiditat, la incorporació de noves tecnologies, els costos creixents i l'augment de les expectatives dels usuaris, realitats que pressionaven el sistema a donar noves respostes. El resultat d'aquesta reflexió veurà la llum el 1994 amb el document denominat *Osasuna Zainduz* (Cuidant la Salut), en el qual s'establiran els pilars fonamentals pels quals haurà de discórrer la sanitat basca durant els propers anys. Les bases programàtiques del document es plasmaran tres anys després, el 1997, a la Llei d'Ordenació Sanitària, i en la qual es definirà el que al nostre judici i per al propòsit que ens ocupa serà substancial: la dimensió real de la sanitat basca i el seu àmbit d'actuació.

Així, tal com assenyala la mateixa Llei, quedarà definit de la manera següent: "L'àmbit reduït tècnicament a les modalitats tradicionals de l'assistència medico-sanitària: promoció, prevenció, curació i rehabilitació". Una declaració d'aquesta naturalesa, en la qual es planteja explícitament la reducció de l'activitat sanitària a les modalitats "tradicionals", no només implica un retrocés en la filosofia de l'atenció integral de la salut, entesa com una realitat biopsicosocial, sinó també l'intent d'anar transferint responsabilitats considerades no sanitàries a altres agents i poders públics. D'acord amb aquesta filosofia, la llei esmentada assenyalarà en l'art. 2, que correspondrà a tots els poders públics bascos preservar la salut i:

"propiciar el disseny d'accions positives multidisciplinàries que complementin les estrictament sanitàries (...). S'establiran les vies necessàries de cooperació amb les administracions públiques competents en

matèria de serveis socials per tal de garantir la continuïtat de l'atenció als problemes o situacions socials que concorrin en els processos de malaltia o pèrdua de salut"

Aquesta reorientació del sistema que apostarà per circumscriure el seu àmbit competencial envers allò *estrictelement sanitari* es va plasmar també a Euskadi en una decisió política que, des del nostre punt de vista, ha sigut determinant per a la coordinació sociosanitària fins avui. Ens referim a la decisió que va prendre el Departament de Sanitat ja fa més de vint anys de retirar els treballadors socials dels equips d'atenció primària de salut per entendre, malentendre, seria més precís, que els treballadors socials dels serveis socials comunitaris podien suplir en cada districte l'atenció de les necessitats psicosocials de les persones malaltes i de les seves famílies. Una confusió conceptual de tal envergadura dóna compte de la visió reduccionista i regressiva de la forma de concebre l'atenció a la salut per part de la sanitat basca, visió que quedarà perfectament reflectida a la llei del 1997. El replegament en aquest punt deixarà orfes no només els equips d'atenció primària del professional competent per diagnosticar i tractar la dimensió social de la salut, sinó el que és encara més seriós, els pacients i famílies. En consonància amb aquesta filosofia, la sanitat basca reassignarà a aquestes primeres treballadores socials sanitàries d'atenció primària de salut acabades de contractar funcions de gestió i coordinació entre serveis a les comarques sanitàries, i no tornarà a contractar més places en atenció primària.

Com alguns experts van assenyalar en el seu moment, l'absència de professionals

■ L'absència de professionals de treball social als centres d'atenció primària de salut suposarà un gran obstacle per als contactes entre ambdós sistemes.

de treball social als centres d'atenció primària de salut suposarà un gran obstacle per als contactes entre ambdós sistemes (AGUIRRE ELUSTONDO, 1993). També se sentiran altres veus posant en qüestió l'organització i inversió de funcions de tots dos sistemes i alertant que aquesta descoordinació tindria efectes també en la qualitat assistencial, sobretot en l'àmbit de la psicogeriatria (GENUA i ARRIOLA, 1995).

I serà en aquest context i sota aquesta filosofia des d'on s'aniran posant els elements del model d'atenció sociosanitària a Euskadi. Així, el camí impulsat per la sanitat el 1993 a través de la Comissió d'anàlisi de l'Espai Sociosanitari donarà lloc a un seguit d'acords posteriors en cada territori per a la cooperació entre els serveis socials i el sistema de salut, que se signaran en primer lloc a Guipúscoa el 1996, més endavant a Bizkaia i Àlaba el 1998.³ S'hi aniran concretant acords territorials de col·laboració entre tots dos sistemes per avançar en la concreció de les necessitats sociosanitàries i en l'actuació

conjunta. Per salvar les dificultats de coordinació real derivades del marc polític-administratiu i la distribució competencial existent, al gener de 2003 se signarà finalment el Conveni de col·laboració entre el Departament de Sanitat i el d'Ocupació i Assumptes Socials per al desenvolupament de l'atenció sociosanitària a la Comunitat Autònoma del País Basc.

Però mentrestant cal tenir en compte que el Sistema de Serveis Socials al començament de la dècada es trobava encara en una fase embrionària sense l'estructura i organització necessària per garantir el dret de tota la ciutadania als serveis socials. Per aquesta raó, serà el 1996 quan la segona Llei de serveis socials abordarà, en el seu Títol II, l'organització del sistema de serveis socials i consolidarà definitivament la distribució dels serveis en serveis socials especialitzats i en serveis socials de base, descrivint les funcions de cada grup i atribuint, en el Títol III, les competències d'uns i altres entre els ajuntaments i els òrgans forals dels territoris històrics. D'aquesta manera, ens trobarem a la fi de la dècada amb uns serveis que s'estan implantant progressivament i, tot s'ha de dir, amb mitjans i experiència escassos en comparació amb la sanitat.

Ens trobem per tant en un escenari en què els dos sistemes caminen a velocitats diferents i l'activitat va pràcticament en

³ L'Acord Marc de 20 de maig de 1996 per a la col·laboració entre el Departament de Sanitat, juntament amb Osakidetza-Servei Basc de Salut, i Gizartekintza-Departament de Serveis Socials de la Diputació Foral de Gipúscoa, per a la cobertura de necessitats sociosanitàries al Territori Històric de Gipúscoa.

- L'Acord Marc de 14 de maig de 1998 entre el Departament de Sanitat i Osakidetza- Servei Basc de Salut i la Diputació Foral de Biscaia per col·laborar en l'espai sociosanitari, al Territori Històric de Biscaia.
- L'Acord Marc de 16 de novembre de 1998 entre el Departament de Sanitat del Govern Basc, Osakidetza-Servei Basc de Salut i el Departament de Benestar Social de la Diputació Foral d'Àlaba, per col·laborar en la cobertura de necessitats sociosanitàries al Territori Històric d'Àlaba.

paral·lel, a excepció de la feina d'atenció i coordinació sociosanitària, intersistèmica i intrasistèmica, que històricament exercien les i els treballadors socials sanitaris ubicats als diferents dispositius d'atenció sanitària, fonamentalment hospitalaris i de salut mental per ser precisament, el sociosanitari, entès tant en sentit clínic assistencial com des de la perspectiva de la gestió i coordinació de recursos, l'àmbit propi de la seva actuació, ja que aquesta especialitat del treball social neix a primers del segle XX dins dels serveis sanitaris als Estats Units amb aquesta missió i s'estendrà posteriorment per tot el món.

Així, en el marc de la seva activitat clínic-assistencial en els equips i serveis de salut, la coordinació amb els serveis socials i comunitaris ha estat i segueix sent un dels eixos centrals del treball social sanitari per a aquelles situacions que presenten com a denominador comú: complexitat i/o intensitat de cures de salut, diversos nivells de dependència, absència o fragilitat de les seves xarxes naturals de suport social i/o situacions de desprotecció o exclusió social.

Així, queda clar que disposant de primera mà del coneixement i amb voluntat política és factible adaptar els procediments a les necessitats integrals de les persones per evitar que, com va destacar Aguirre: "Un cop més allò formal-legal, allò polític-administratiu s'allunya de la realitat per-

sonal/individual i social" (AGUIRRE ELUSTONDO, 1993: 4). D'aquesta manera, es pot millorar la qualitat, ser més eficient i eficaç amb els mateixos recursos i evitar duplicitats i costos de transacció innecessaris.

La importància de l'atenció sociosanitària, la seva filosofia i tots els aspectes nous que implica tant des de la perspectiva de la planificació com de la provisió, gestió, atenció i coordinació de recursos va quedar recollida per Dolors Colom⁴ en l'obra titulada *La atención socio-sanitaria del futuro*, publicada el 1997, obra pionera de referència obligada per als professionals del sector (COLOM, 1997). Posteriorment, altres experts com RODRÍGUEZ CABREIRO (2007) o FANTOVA (2008) aborden la qüestió de la coordinació entre serveis socials i sanitaris des de diferents perspectives. Aquestes i altres aportacions seran publicades per Demetrio Casado el 2008 a l'obra *Coordinación (gruesa y fina) entre los servicios sanitarios y sociales* (CASADO, 2008).

En qualsevol cas, experiències d'aquest tipus a nivell operatiu han posat en evidència que les coses poden fer-se millor d'una altra manera perquè les persones i les famílies no hagin d'esperar en moments tan crítics. Perquè, què passa mentre dura l'espera del servei que es necessita? Quines conseqüències té per a les persones i les seves famílies? Això és un punt clau a estudiar que té a veure amb la *continuitat*

⁴PROSAD fou la denominació que va rebre el Programa d'Atenció Domiciliària per garantir la continuïtat assistencial sociosanitària que s'implementà a l'Hospital de Basurto de Bilbao a finals dels noranta. Aquesta experiència va ser presa com a referència a l'Hospital de Manresa, on la treballadora social, cap del servei de TSS, Dolors Colom, pionera en aquest àmbit a Espanya, ja ho havia implementat anys abans amb resultats excel·lents en el marc del primer programa de planificació de l'alta hospitalària dut a terme per la mateixa autora o desenvolupat per primera vegada a Espanya i publicat l'any 2000 (Colom, 2000).

assistencial de qualsevol model sociosanitari però que poques vegades s'ha abordat analitzant el que passa des de la perspectiva de les persones que esperen, sinó més aviat, i col·lateralment, des de la perspectiva institucional. Investigacions que s'han ocupat d'analitzar aquesta qüestió han posat en evidència el grau d'abandonament institucional que es produeix durant aquest lapse de temps i la gravetat de les seves conseqüències, advertint de la necessitat d'implantar un model de gestió de l'espera que proveeixi d'atenció integral durant aquesta fase tan crítica, carregada de risc i incertesa (SOBREMONTÉ, COLOM i AURREKOETXEA, 2009). Prendre en compte aquesta perspectiva constitueix una innovació de rellevància en l'àmbit sociosanitari. Innovació que respon a la responsabilitat ja no només tècnica sinó ètica de fer el possible i l'impossible per donar una resposta humana, justa i solidària als que pateixen les conseqüències de les deficiències del sistema o sistemes i a les prestacions i serveis dels quals tenen dret.

3. Elements principals del model

Els esforços realitzats per construir un model basat d'atenció sociosanitari, com s'ha vist anteriorment, han quedat plasmats en els diferents acords interinstitucionals que es van anar signant des de 1993 fins al 2003. Però serà en el *Pla estratègic per al desenvolupament de l'atenció sociosanitària al País Basc 2005-2008* on s'arribarà a definir el model pel qual ha apostat Euskadi i es configuraran els elements conceptuals i trets constituents en què s'han d'enquadrar les iniciatives territorials. Es fixaran

■ L'aposta serà per un model de coordinació entre sistemes, i no d'integració o creació d'un tercer sector o sistema sociosanitari.

també els objectius i les accions que caldrà desenvolupar per consolidar el Pla. L'aposta serà per un model de coordinació entre sistemes, i no d'integració o creació d'un tercer sector o sistema sociosanitari. Aquest model se sustenta sobre la ferma creença de les sinergies i beneficis que cal esperar d'una acció conjunta entre les organitzacions socials i sanitàries existents.

Posteriorment, al maig de 2006, un grup de treball interinstitucional elaborarà un catàleg detallat de serveis sanitaris i serveis socials presents almenys en un dels tres territoris d'Euskadi. Aquest catàleg pretindrà servir de base per a la futura cartera de serveis sociosanitaris encara pendent de concretar. La col·laboració i cooperació iniciada serà també recollida en la darrera Llei de Serveis Socials de 2008. Així, ja al febrer de 2011 es presentarà el Document Marc sobre les directrius d'Atenció Sociosanitària a Euskadi, que seran vinculants per a les parts implicades per aconseguir les sinergies necessàries de l'actuació conjunta. Aquest document ha estat el referent principal per al següent pla estratègic i per al desenvolupament dels plans operatius sociosanitaris en cada territori. Finalment, s'elaborarà i presentarà el document *Líneas estratégicas de atención socio-sanitaria para Euskadi, 2013-2016*.

Així amb l'impuls per a la creació de l'"espai sociosanitari", que sorgeix a Euskadi igual, que en altres comunitats autòno-

mes, des del sistema de salut per sol·licitar la cooperació d'altres poders públics, especialment dels serveis socials en tot allò que entén que excedeix les seves competències estrictament sanitàries, començarà formalment la història del model sociosanitari de la CAE. Història que s'inicia amb l'acostament entre tots dos sistemes i que se centrarà en la recerca d'estructures de coordinació formals d'acord al marc legal per superar les dificultats derivades de les diferents formes de finançament de cada sistema, de provisió de recursos i d'organització funcional.

Però, en quin punt es troba avui el model basc d'atenció sociosanitària? Quina és la seva mirada, la seva visió i la

seva missió? A partir d'aquí provarem d'exposar-ne sintèticament els aspectes centrals.

Missió, visió i principis

Sota la premissa de la coordinació, el sistema sociosanitari basc es construeix, com hem vist anteriorment, a partir de la col·laboració entre els sistemes social i sanitari, creant un espai comú, que no un nou sistema amb estructures pròpies. A partir d'aquesta premissa, resulta interessant observar com la definició del sistema, plasmada en la missió, visió i principis que el regeixen, ha anat variant al llarg dels anys en funció del camí transitat i dels acords adquirits.

Taula 1. Missió del Model d'Atenció Sociosanitària Basc 2005-2013

Pla estratègic sociosanitari 2005-2008	Línies estratègiques d'atenció sociosanitària 2013-2016
<p>Donar l'atenció que requereixen les persones que per causa de problemes greus de salut o limitacions funcionals i/o de risc d'exclusió social, necessiten una atenció Sanitària i Social, simultània, coordinada i estable.</p>	<p>Desenvolupament d'un model d'atenció sociosanitària efectiu, coordinat i sostenible centrat en la persona com a protagonista del seu projecte vital de resposta al compromís dels poders públics d'Euskadi.</p>

Font: (Eusko Jaurlaritz - Govern Basc, 2005, 2013)

La missió és l'horitzó que persegueix el sistema, el que en un escenari ideal hauria d'aconseguir. Una anàlisi comparativa entre la missió del sistema definida en el pla estratègic de 2005 i l'última definida en el 2013-2016 deixa veure una evolució clara en la perspectiva i horitzó del sistema sociosanitari d'Euskadi. Tal com es pot observar a la taula 1, la coordinació és l'única de les caracte-

rístiques que es manté estable en el temps de les tres característiques que defineixen el sistema. En el camí s'ha transitat de la simultaneïtat i estabilitat definides el 2005 a l'efectivitat i sostenibilitat el 2013. Aquest canvi de paradigma, que té com a base la coordinació però reorienta la missió, tindrà també el seu reflex en la resta d'aspectes comparatius que defineixen el sistema.

A la taula 2 s'observa la visió, també en perspectiva comparada entre tots dos. En aquest cas la reorientació que es comença a albirar en la definició de la missió és encara més evident. En primer lloc, desapareix de l'equació el verb 'garantir', començament de la declaració d'intencions de 2005. En segon lloc, desapareix també la idea d'aconseguir un sistema integral i integrat i se substitueix per la con-

fiança i el consens interinstitucional. Per si això no fos suficient, la declaració de 2013 és acompanyada per una frase clari-vident: 'en una línia pragmàtica...'. És clar, doncs, que es produeix una reorientació en els elements definitoris del sistema en clau 'pragmàtica', realista o simplement, amb una mirada més reduccionista respecte al que s'hagués d'afavorir.

Taula 2. Visió del Model d'Atenció Sociosanitària Basc 2005-2013

<p>Pla estratègic sociosanitari 2005-2008</p>	<p>Línies estratègiques d'atenció sociosanitària 2013-2016</p>
<p>Garantir, al màxim nombre de persones de la CAPV, la prestació de serveis, tant sanitaris com socials, als quals tingui dret, d'acord amb les seves necessitats assistencials, per mitjà d'un sistema coordinat, integral i integrat, eficient, efectiu i de qualitat així com territorialment equilibrat.</p>	<p>En una <i>línia pragmàtica</i> la visió podria definir-se com: "l'aspiració a crear un marc normatiu i operatiu que permeti una interlocució institucional fluida i basada en uns criteris de consens i confiança mútua"</p>

Font: (Eusko Jaurlaritza - Govern Basc, 2005, 2013)

Complementàriament al que ja s'ha esmentat, desapareix de la visió del sistema la perspectiva de l'usuari i és substituïda per una visió 'ad intra' entre sistemes (sanitari i social) i nivells institucionals (autòmic, foral i local) dels mateixos. La raó d'aquesta podria haver estat una definició massa ambiciosa en origen o a la contra, imbuïts en el pragmatisme ja esmentat amb anterioritat, adquireix la primacia el criteri de coordinació interna.

Així doncs, la coordinació i el consens són els elements principals que impregnen la missió i visió de l'àmbit sociosanitari a

la CAE i els que determinen la seva pròpia organització interna. Cal pensar que l'èmfasi en aquests elements manifesta que els avenços per aconseguir l'estructura de coordinació que exigeix el model d'atenció sociosanitària pel qual s'ha apostat contínua arrossegant les dificultats que esdevenen de la divisió competencial dels ens implicats, i que afecten, en conseqüència, a la governança.

Governança de l'atenció sociosanitària

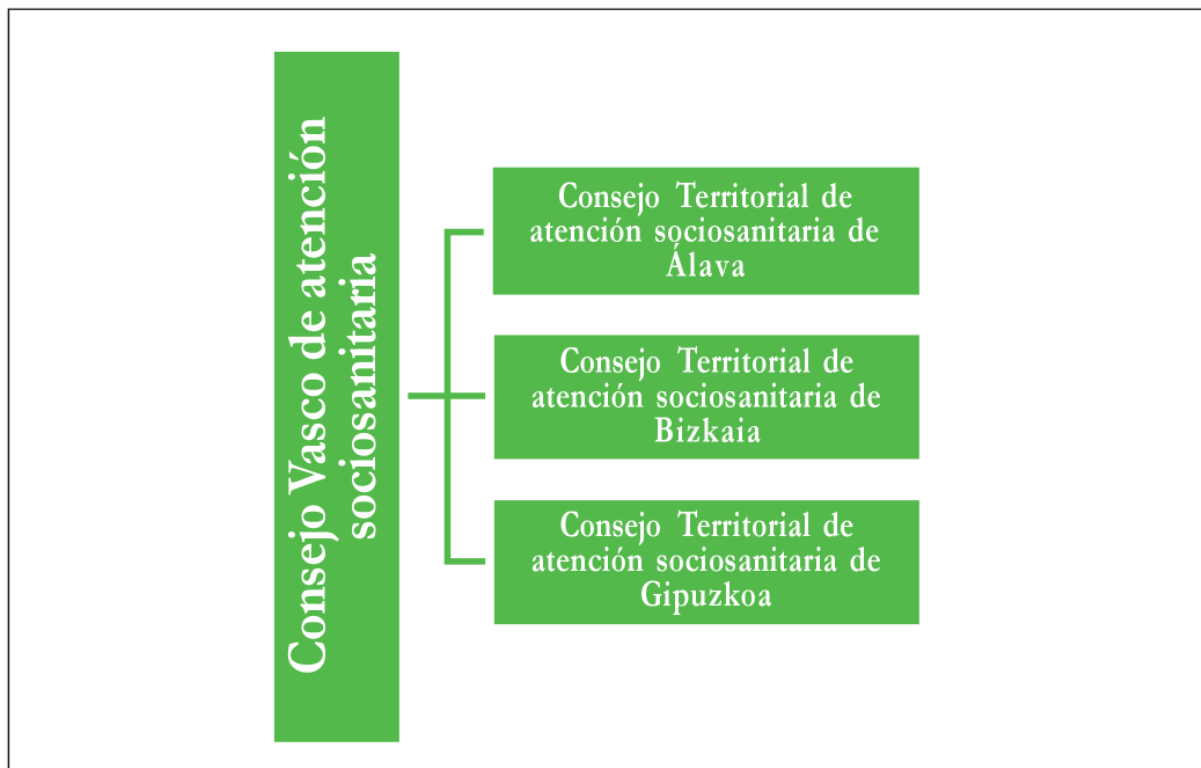
La governança del sistema està determinada per les estructures que donen res-

posta al principi general de coordinació esmentat prèviament. Sota aquest principi no hi ha cap organisme la funció principal del qual sigui implementar les polítiques socio sanitàries, i per tant es recorre als òrgans de coordinació, o consells, com a espais on consensuar polítiques i prendre decisions conjuntes. Els consells, espais de gran tradició en el sistema polític basc, responen a la realitat d'un sistema institucional fragmentat i complex. Aquest fet és més evident en el cas del sistema de serveis socials, on els tres nivells institucionals tenen competències en la matèria.

Així doncs, i sota aquesta premissa, s'estructuren els mecanismes de governança del sistema socio sanitari de la CAU. L'òrgan comú, encarregat de marcar les direc-

trius i aprovar els documents estratègics que guien el procés, és el Consell Basc d'Atenció Socio sanitària. Aquest òrgan reuneix els consellers de Salut i Assumptes socials, els tres diputats forals de Serveis Socials i un representant d'EUDEL, associació de municipis bascos. És per tant un òrgan de caràcter polític que té el seu reflex a escala territorial amb els consells territorials d'atenció socio sanitària de cadascun dels territoris històrics. En aquests, es reuneixen actualment la diputada foral de Serveis Socials, el delegat territorial de Salut, tots dos juntament amb representants dels seus departaments i un representant de EUDEL. Al gràfic 1 s'hi pot observar l'estructura de consells polítics del Sistema Socio sanitari de la CAE.

Gràfic 1. Organització Política del Sistema Socio sanitari de la CAE



Font: (Eusko Jaurlaritza - Govern Basc, 2010)

I és en aquest punt on s'acaben totes les similituds pel que fa a l'organització de les estructures territorials. A partir d'aquest punt cadascun dels territoris té acordat amb el Departament de Salut diferents comissions de treball, entre les quals destaca, amb denominació diferent en cada un, la Comissió d'Orientació i Valoració, on personal tècnic dels dos sistemes avalua els casos definits com de l'àmbit sociosanitari i ofereix una resposta adequada a la necessitat.

En el seu extens informe d'anàlisi de l'àmbit sociosanitari d'Euskadi, l'Ararteko⁵ ja advertia que la construcció del sistema sociosanitari ha estat un procés dilatat, amb ritmes diferents en cada un dels territoris (ARARTEKO, 2007). L'esquema organitzatiu descrit n'és un reflex fidel.

El segon dels elements que defineix la governança del sistema és el finançament. Segons l'acord marc signat el 2010 pel Govern Basc i les tres diputacions forals, el suport sobre el qual descansen les prestacions del sistema és el sistema de serveis socials que es defineix com a marc i on, en uns casos puntuals, la sanitat aportarà finançament (Eusko Jaurlaritza - Govern Basc, 2010):

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

Segons les dades presentades pel Govern Basc, el finançament rebut per part del Departament de Sanitat a cada un dels territoris en els conceptes esmentats recentment va ser la següent:

Taula 3. Finançament del Departament de Sanitat als territoris en concepte d'acords sociosanitaris. 2011

	Àlaba - Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
Finançament	2.900.358 €	3.801.059 €	7.507.643 €

Font: (Eusko Jaurlaritza - Govern Basc, 2015)

Sorprèn, en les dades mostrades a la taula 3, la quantitat que rep Guipúscoa sobretot davant de Biscaia, que li dobla en pobla-

ció. El desenvolupament i els acords de l'àmbit sociosanitari a Guipúscoa han tingut major recorregut que a Biscaia ja que

⁵ Defensor del Poble Basc.

es va començar la seva marxa sis anys abans (Eusko Jaurlaritza - Govern Basc, 2010), i per tant pot ser que sigui aquesta la raó de la diferència de despesa, més consolidat a Guipúscoa que en els altres dos territoris. Aquest és, en qualsevol cas, un element més de diferències territorials que vénen a posar en evidència la territorialització del propi model i els seus efectes en termes d'equitat.

Recursos del sistema sociosanitari

Pel que fa, finalment, als recursos amb què compta el sistema, no cal dir que el sistema no disposa de cap recurs propi definit enterament com a sociosanitari. Seguint els principis i criteris narrats fins al moment, es defineixen un nombre de places en els recursos del sistema de serveis socials bé siguin centres residencials o bé places conveniades en unitats hospitalàries de crònics,

que a partir d'aquest moment passen a ser finançades de manera conjunta. A més, es financen també de manera conjunta recursos gestionats pel tercer sector però dirigits als anomenats 'col·lectius diana' que formen part de l'entramat sociosanitari: persones amb malaltia mental, amb VIH/SIDA, persones drogodependents o amb dany cerebral adquirit. La realitat d'aquests recursos, com també hem dit abans, difereix en cada un dels tres territoris.

No obstant això, les places residencials per a gent gran dependents són més senzilles de quantificar, en tant que es defineixen de forma modular en unes residències concretes. A la taula 4 es pot observar, segons les últimes dades disponibles, el nombre de centres en què s'ha conveniat en cada territori, així com el nombre total de places que suposa el conveni.

Taula 4. Nombre de centres i places conveniades en el règim sociosanitari per territori històric. 2010.

	Àlaba - Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
Nombre de centres	2	4	2
Nombre de places	39	190	90

Font: (Eusko Jaurlaritza - Govern Basc, 2010)

Les diferències no semblen significatives si les comparem amb les poblacions diana de cada un dels territoris, però sí si ho fem respecte als recursos emprats per a això. Aquesta és una altra de les diferències fonamentals respecte a l'arquitectura del sistema.

Línies estratègiques en desenvolupament fins el 2016

D'acord amb la visió pragmàtica d'as-

pirar a crear un marc normatiu i operatiu que permeti la interlocució institucional fluida entre els ens implicats en l'atenció sociosanitària, les línies estratègiques en desenvolupament a Euskadi fins al 2016 són les següents:

1. *Definició d'una cartera de serveis sociosanitaris.*
2. *Implantació d'un sistema d'informació i comunicació sociosanitari.* Inclou l'elaboració de la història sociosanitària i la

coordinació entre els comitès d'ètica de tots dos sistemes.

3. *Formalització d'acords sociosanitaris.* S'incorporen com a socis altres instàncies i sectors, alguns institucionals com els departaments d'Educació, Justícia i de Seguretat Social, i altres, com el tercer sector.
4. *Pla de desenvolupament en col·lectius diària:* persones amb trastorn mental, en risc d'exclusió i desprotecció, discapacitat i dependència, nens i nenes amb necessitats especials, persones trasplantades i amb malalties poc freqüents.
5. *Impuls de la formació, innovació i transferència.*

4. Reflexions finals

A partir dels elements analitzats i partint de l'enumeració dels reptes que es plantejaven per alguns autors (AGUIRRE ELUSTONDO, 1993; GENUA i ARRIO-LA, 1995) al començament del camí de la construcció de l'àmbit sociosanitari a la CAE, s'han produït avenços evidents en matèria de coordinació (estructures comunes de coordinació territorial) i finançament de serveis. Això suposa un compromís per part dels dos sistemes, salut i serveis socials, en el desenvolupament del model.

S'ha produït una major implicació del sistema de salut en la prestació de serveis sanitaris per garantir la continuïtat assistencial entre nivells d'atenció primària i especialitzada en les seves pròpies demarcacions territorials, les comarques sanitàries. I per facilitar aquesta integració intrasistèmica s'han creat les primeres OSIS (Organitzacions Sanitàries Integra-

des - Atenció Primària i Atenció Especialitzada). També s'ha avançat en el desenvolupament de les unitats de cures pal·liatives, de dany cerebral i de rehabilitació funcional i psicosocial en l'àmbit de la salut mental i de l'atenció primerenca.

La sanitat, en el seu intent de demarcar amb més precisió les seves competències i responsabilitats en l'àmbit sociosanitari, s'ha anat decantant per la fórmula del cofinançament d'alguns serveis de naturalesa sanitària que es donen en unitats residencials que atenen persones amb diferents processos de salut crònics o en període de convalescència. El temps màxim de permanència està limitat a un any, i les despeses estan cofinançades per tots dos sistemes però en una quantia menor per la sanitat.

S'estan produint actuacions a nivell operatiu i de gestió en la coordinació intersistèmica entre els serveis socials i sanitaris a través de l'elaboració de protocols de coordinació entre els professionals de referència de tots dos sistemes que operen en el mateix territori, per tal de detectar situacions de risc social i sanitari per ambdues parts en diferents col·lectius i d'establir qui són els agents que en cada cas tindran la responsabilitat d'actuar per abordar-les.

En quart lloc, els avenços realitzats en l'articulació i consolidació dels serveis socials, tant d'atenció primària com especialitzada, i la incorporació del tercer sector en la prestació de serveis i de la iniciativa privada, sobretot en l'àmbit residencial a través de la concertació, són factors que estan contribuint no només a ampliar l'oferta de recursos disponibles per millorar l'atenció sociosanitària, sinó també a

la innovació en moltes de les modalitats de serveis. És una realitat que aquestes organitzacions tenen una major flexibilitat en la gestió, s'adapten amb més rapidesa a les necessitats canviant de la societat, i com que moltes d'elles sorgeixen de l'associació de persones que pateixen situacions similars, tenen major potencialitat i motivació per detectar les necessitats emergents i generar nous serveis més d'acord amb elles.

No obstant això, cal subratllar dues qüestions substancials que estan dificultant en la pràctica que la coordinació avanci al ritme que caldria esperar.

La primera té a veure amb la dificultat que mostren els dos sistemes per innovar en les fórmules de coordinació sociosanitària en plantejar-les novament en termes gairebé idèntics al que sempre s'ha fet entre els treballadors socials de tots dos sistemes, però ara introduint nous actors en l'escena. La conseqüència no es fa esperar; per arribar al final del camí es requereixen més esforços extres que abans tant per part dels professionals com dels usuaris. I tot això sense que encara s'hagi aconseguit desterrar un dels principals esculls amb què sempre topa la coordinació sociosanitària esmentada anteriorment: les dificultats d'accés, sobretot als recursos socials que sorgeixen, no només del compliment dels requisits tècnics o relacionats amb el copagament, sinó de la rigidesa de les estructures i lentitud dels procediments administratius establerts. I en comptes de reflexionar sobre fórmules valentes, flexibles i innovadores que permetin solucionar els obstacles, i evitar els elevats costos de transacció que produeix la coordinació, el bucle es retroalimenta; és més, es

■ **Les dificultats d'accés, sobretot als recursos socials que sorgeixen, no només del compliment dels requisits tècnics o relacionats amb el copagament, sinó de la rigidesa de les estructures i lentitud dels procediments administratius establerts.**

complica quan en establir nous circuits de coordinació entren més actors en l'escena i s'estableixen encara més passos en l'itinerari per arribar al punt final. Sens dubte, com més passos, més treball per als professionals i més esforç per als usuaris. Es pot pensar que la coordinació serà així més eficient, eficaç o de major qualitat? Caldrà seguir estirant cadascun dels fils que formen els nusos de la troca (SOBREMONTÉ, 2009) en què es quedaven atrapades les persones en el sistema.

La segona, relacionada amb la idea anterior, té a veure amb les fórmules i procediments de detecció de risc social plantejades entre els dos sistemes que trasllueixen la pressió del sistema sanitari sobre el social per obtenir respostes millors, més grans i més àgils davant les dificultats d'indole social que obstaculitzen l'assoliment dels objectius de salut. Fa la impressió que l'impuls per a l'èxit del model sociosanitari

■ **L'impuls per a l'èxit del model sociosanitari dependrà de la capacitat que tinguin els serveis socials d'assumir progressivament les responsabilitats que hi recauen.**

dependrà de la capacitat que tinguin els serveis socials d'assumir progressivament les responsabilitats que hi recauen, incrementant per a això l'oferta de serveis de suport social en totes les seves modalitats i també la seva intensitat. Però perquè això pugui ser així, a més del marc jurídic necessari per sustentar el model i de la definició sobre el paper de la cartera de serveis sociosanitària, l'assoliment d'un bon model no serà possible sense una aposta política el compromís de la qual es materialitzi en la pràctica en un increment notable del finançament. Si girem ara la nostra mirada cap a la situació dels serveis socials bascos i ens fixem que des de la darrera llei de 2008 fins al 2015 no ha estat possible aprovar el decret de cartera, no resulta difícil pensar que les qüestions financeres que han demorat el procés es repeteixin en el cas de la cartera de serveis sociosanitaris, on la complexitat pot ser encara més gran si es té en compte que hi ha més sistemes implicats que han de negociar i consensuar, i no només ens referim al de serveis socials, sinó també a l'educatiu, al de feina, etc.

A partir d'aquesta realitat enumerem els reptes que en la nostra opinió segueixen pendents i que urgeix abordar perquè el model de l'atenció sociosanitària de la CAE en el futur es consolidi.

1. Path dependency i inequitats territorials. Superar la divisió, les inèrcies institucionals i les diferents realitats que això crea en cadascun dels territoris, generant en la realitat

tres sistemes en una única comunitat autònoma en un marc d'inequitat.

- 2. Marc jurídic comú i cartera sociosanitària.** És imprescindible, un cop aprovada la cartera de serveis socials, la definició d'una normativa comuna, en forma de cartera sociosanitària.
- 3. Aposta per la centralitat del TS sanitari.** Incorporant-lo als equips d'atenció primària i potenciant la seva presència als centres comunitaris de salut mental, com a professionals de referència i de gestió i atenció de casos; això possibilitaria no només la millora i eficiència de l'atenció sociosanitària, sinó quelcom que és essencial: la prevenció comunitària.
- 4. Aposta per l'enfocament real centrat en la persona.** Que suposaria implementar d'una manera real la metodologia i canvi de paradigma que suposa aquest model tal com recullen VILÀ i RODRIGUEZ (2014).⁶
- 5. Reconeixement mutu i llenguatge comú.** Que cadascun dels sistemes assumeixi com a propi el que l'altre valora, diagnòstica i prescriu. Que es treballi per processos sociosanitaris.

En conclusió es pot afirmar que a la CAE la capacitat de penetració del sector sanitari en les cures de la salut de la comunitat es produeix a major ritme que la del sector social, els recursos del qual són més limitats en aquest sentit. És imprescindible trobar l'equilibri necessari i generar

⁶ Cal assenyalar que ja el 2004 Antoni Vilà en el seu article 'Estructuras institucionales de la protección social de la dependencia en España' va revisar el marc jurídic i les diferents respostes articulades des dels diversos àmbits implicats per la dependència (Vilà, 2004).

un espai que sigui realment sociosanitari en la seva definició i implementació, dotant-lo dels recursos per a això.

Podem afirmar que s'han fet molts passos. La CAE ha tingut la valentia de posar en funcionament el model a priori

més eficient en la realitat institucional més complexa per a la seva implementació. No és estrany que després de 25 anys de ruta encara quedi un camí llarg per recórrer. Tenim els ingredients i la voluntat per fer-ho. *Tempus fugit! Alea jacta est!*

Bibliografia

- AGUIRRE ELUSTONDO, J. A. «Conexión de la asistencia social y sanitaria. Análisis estratégico», en *Zerbitzuan Aldizkaria, Revista de Servicios Sociales*, núm. 23 (1993). Pàg. 4-14.
- ARARTEKO. *Atención socio-sanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*. Vitoria - Gasteiz: Ararteko, 2007.
- CASADO, D. *Coordinación (gruesa y fina) entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Editorial Hacer, 2008.
- COLOM, D. *La atención sociosanitaria del futuro: nuevas realidades, nuevas soluciones*. Barcelona: Editorial Mira, 1997.
- COLOM, D. *La planificación del alta hospitalaria*. Barcelona: Editorial Mira, 2000.
- Eusko Jaurlaritza - Govern Basc. Plan Estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco. Vitoria - Gasteiz, 2005.
- Eusko Jaurlaritza - Govern Basc. Documento marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la CAE. Vitoria - Gasteiz, 2010.
- Eusko Jaurlaritza - Govern Basc. Líneas estratégicas de atención sociosanitaria para Euskadi 2013-2016. Vitoria - Gasteiz, 2013.
- Eusko Jaurlaritza - Govern Basc. Plan estratégico de servicios sociales 2016-2019. Vitoria - Gasteiz, 2015.
- FANTOVA, F. «Experiencias de coordinación sociosanitaria», en CASADO, D. (Ed.) *Coordinación (gruesa y fina) entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Editorial Hacer, 2008. Pàg. 107-116.
- GENUA, I. i ARRIOLA, E. «El Espacio sociosanitario. Propuesta de acción a corto plazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco», en *Zerbitzuan Aldizkaria, Revista de Servicios Sociales*, núm. 26 (1995). Pàg. 38-48.
- Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales (BOPV de 12 de noviembre de 1996).
- Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi (BOPV de 21 de julio de 1997).
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales (BOPV de 24 de diciembre de 2008).
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. «Los pilares de la Ley de Dependencia. Especial referencia a la coordinación institucional», en *Revista de Análisis Local*, núm. 70 (2007). Pàg. 21-30.
- SOBREMONTTE, E. «Deshaciendo la madeja de los servicios sociales», en *EHUko Uda Ikastaroak*. Sant Sebastia: UPV-EHU, 2009.
- SOBREMONTTE, E.; COLOM, D. i AURREKOETXEA, M. *Análisis del impacto psicosocial del tiempo de espera para el acceso de las personas en situación de dependencia y sus familias a un recurso residencial*. Madrid: Imsero, 2009.
- SOBREMONTTE, E. i LEONARDO, J. «El espacio socio-sanitario en la Comunidad Autónoma de Euskadi: una propuesta funcional de análisis», en *Zerbitzuan Aldizkaria, Revista de Servicios Sociales*, núm. 39 (2001). Pàg. 5-18.
- VILÀ, A. «Estructuras institucionales de la protección social de la dependencia en España», en CASADO, D. (Ed.) *Respuestas a la dependencia*. Madrid: Editorial CCS, 2004. Pàg. 153-156.
- VILÀ, A. i RODRÍGUEZ, P. *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Madrid: Editorial Tecnos, 2014.