

# LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EUSKADI. UNA VISIÓN PRAGMÁTICA.

J. A. DE LA RICA GIMÉNEZ  
LOURDES ZURBANOBEASKOETXEA LAURODOGOITIA  
MARISA ARTEAGOITIA GONZÁLEZ  
NAIARA ARTAZA ARISTONDO  
LUCÍA IÑIGO REGALADO  
INMACULADA SÁNCHEZ MARTÍN

Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.

## SUMARIO

1. ESCUCHANDO A LA SOCIEDAD.
2. TRANSICIONES Y DERIVAS.
3. EL ENTRAMADO VASCO.
4. LOS ESPACIOS SOCIOSANITARIOS.
  - 4.1. Espacio de la norma.
  - 4.2. Espacio de la comunicación.
  - 4.3. Espacio de las instituciones.
  - 4.4. Espacio de las personas.
  - 4.5. Espacio del conocimiento.

## PALABRAS CLAVE

*Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria; Espacio sociosanitario; Tiempo Sociosanitario; Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi.*

## RESUMEN

*La atención sociosanitaria en Euskadi es un producto de salud, que se desarrolla en un complejo entramado institucional y que se orienta a dar respuesta a las necesidades sociosanitarias de las personas. La descripción de la evolución del discurso social en salud contextualizada en el marco vasco nos sugiere la existencia de unas dimensiones sociosanitarias claves: Un espacio sociosanitario institucional y un tiempo sociosanitario individual. La reflexión estratégica aborda esas dimensiones centrándolas en el ámbito normativo, el ámbito de la comunicación, el ámbito de las instituciones, el ámbito del conocimiento y, por, último, el ámbito de la personas caracterizadas en colectivos diana.*

## KEYWORDS

*Basque Council for Health and Social Care; An integrated space for health and social care; Time for health and social integrated care; Strategic Lines for health and social care in the Basque Country.*

## ABSTRACT

*Public health care in the Basque Country is a health product developed in a complex institutional framework and which aims to respond to the public health needs of people. The description of the evolution of social discourse in health, set in the context of the Basque Country, suggests the existence of key public health dimensions: An institutional public health space and an individual public health time. Strategic thinking addresses these dimensions by focusing on the regulatory field, the field of communication, institutions, the field of knowledge and, finally, the field of people characterized in target groups.*

## 1. ESCUCHANDO A LA SOCIEDAD.

Las sociedades, sobre todo las ubicadas en un marco democrático, articulan una serie de discursos que expresan sus valores y la priorización de sus intereses. Estos discursos, sensibles a los cambios sociales y que evolucionan con los mismos, constituyen los lugares de encuentro entre los poderes públicos e institucionales y el sentir de la sociedad civil.

Uno de los discursos que ha experimentado una mayor evolución y vigencia dentro de nuestra sociedad es el que se articula en torno a la salud. Desde una situación dialéctica entre los polos salud/enfermedad, visualizados como opuestos y en los que se podía definir la salud como aquel estado de ausencia de enfermedad, la sociedad se ha ido dotando de otros conceptos más proactivos, inclusivos y humanistas que han elevado el concepto de lo saludable y lo sano a una situación que se formula positivamente como bienestar y lo hace desde una definición holística e integral de la persona. Esta definición de lo biopsicosocial establece los términos deseables de la salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social.

En una vía de doble sentido, esta definición, que emerge de un discurso optimista y democrático, ha revertido y cuajado también en la sociedad inculcando estos valores y el concepto de la salud como derecho y estado deseable.

Es por ello que las sociedades en nuestro entorno y la sociedad vasca en particular ha experimentado una evolución en la percepción satisfactoria de la salud que ya no se relaciona, exclusivamente, con la ausencia de dolor o enfermedades que hemos llamado "físicas", sino que también abre el paso a otras condiciones

de salud como la vivencia equilibrada y razonablemente feliz del proyecto vital, la exigencia de vivir en una sociedad con un nivel de estrés controlado en los ámbitos de interacción (social, laboral, educativo...) o la percepción de la existencia de derechos subjetivos en torno a la discapacidad o las situaciones de dependencia que en tiempos pretéritos eran despachados desde el conformismo o, sencillamente, obviados.

Hay un telón de fondo en el desarrollo de las propuestas y proyectos de salud de las instituciones públicas cuyo mayor exponente seguramente son los Planes de Salud como documentos de consenso que se orientan, precisamente, a lograr esas condiciones transversales que permitan vivir una vida saludable bajo el criterio del bienestar biopsicosocial.

La salud, como meta y horizonte, puede ser ese punto de coincidencia y compromiso entre los ciudadanos y el empeño de las instituciones y poderes públicos para el logro de una sociedad más equilibrada, solidaria y justa como la mejor garantía para procurar salud a los individuos.

## 2. TRANSICIONES Y DERIVAS.

Desde el punto de vista sanitario el primer paso, evidentemente, siempre ha sido el lograr un nivel prestacional ante la enfermedad que proteja al individuo en esa situación de indefensión y riesgo, lo que implica una atención, orientada a la curación, inmediata y universal de sus necesidades. Este es el paradigma más visible del sistema sanitario, con ello se producen una serie de efectos individuales relacionados con la recuperación de la salud pero también otros sociales como el incremento de la confianza institucional y la cohesión social en torno a valores compartidos.

Pero el discurso social, en su evolución, ha detectado e introducido otros elementos en la percepción saludable de la vida como proyecto irrenunciable. Estos elementos son precisamente los aledaños a la enfermedad, también constitutivos del valor salud. Esta evolución es la esperable y determina el tránsito entre la concepción sanitaria, curativa y prestacional a otra más compleja y multiforme donde el “curar” es simplemente un peldaño, central pero uno más, de la salud del individuo y dibuja un continuo longitudinal en la vida de las personas que comienza en la prevención de la enfermedades y la promoción de los hábitos saludables, que sigue, más allá de la curación, con el cuidado de lo crónico y la rehabilitación de la capacidades perdidas y que finaliza con un enfoque integral de los momentos finales de la vida.

Este concepto, complejo y orgánico, conjuga con la formulación de un sistema sociosanitario, entendido como un sistema de distintos prestadores que se nutren de un mismo concepto y buscan un mismo resultado: conseguir dotar a los individuos de uno de los bienes más preciados, la salud.

Este proceso de evolución, que comenzó en Euskadi hace más de dos décadas, ha multiplicado sus experiencias de coordinación y trabajo conjunto, determinando unos tiempos institucionales, políticos, sociales y asistenciales cada vez más rápidos y acelerados.

En nuestro caso, y seguramente en todos, es un camino complicado ya que conjuga diversos niveles institucionales, estructurales y culturales y necesita de precisiones conceptuales y prácticas ante el riesgo de que todo sea visualizado como sociosanitario o que la complejidad

derive en caos. A todo esto debemos sumar los factores inerciales del sistema que puede visualizar el marco sociosanitario como una amenaza explícita para un determinado statu quo normativo e institucional centrado en la diferenciación conceptual del individuo entre sus componentes biopsíquico y social.

### 3. EL ENTRAMADO VASCO.

Los hitos que han conformado la atención socio-sanitaria en Euskadi tienen como base normativa el desarrollo legislativo del Parlamento Vasco que se concreta en tres leyes: la Ley 27/1983, de 25 de noviembre, que regula las relaciones entre las instituciones comunes de la Comunidad Autónoma y los órganos forales de sus Territorios Históricos, la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales y la Ley 8/1997 de 26 de junio de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

Estas tres leyes delimitan los ámbitos competenciales y prestacionales de forma taxativa, estableciendo una diferenciación básica entre las prestaciones sanitarias realizadas por la administración de la comunidad autónoma y las prestaciones sociales realizadas por las instituciones forales y municipales, de acuerdo al desarrollo de la cartera de servicios sociales prevista en la ley de Servicios Sociales.

El entramado institucional-competencial resultante hace imprescindible que el acuerdo y el desarrollo de consensos entre las instituciones sea la pieza clave para posibilitar la asistencia sociosanitaria.

La evolución de este entramado ha sido progresiva. Ya en los principios, en la década de los 90, partiendo de acuerdos marcos sectoriales y

territoriales entre las administraciones de la comunidad autónoma representadas por el departamento de Salud y administraciones forales, se fue viendo la importancia y volumen de este nicho asistencial y se decidió la constitución de un órgano que debería articular la cooperación y la coordinación entre el sistema vasco de servicios sociales y el sistema sanitario de Euskadi.

El Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria se constituye en el año 2003 como máxima representación institucional y órgano rector que deberá orientar y evaluar las decisiones políticas, normativas, económicas, organizativas y asistenciales en materia de atención sociosanitaria.

A este órgano, que facilitó un sustrato normativo e institucional, hubo que dotarle de unas referencias estratégicas sobre las que construir, profundizar y priorizar aquellos elementos que permitieran un desarrollo coordinado, creativo, sostenible y completo de la atención sociosanitaria en Euskadi. Han sido varias las aproximaciones estratégicas durante estos años; desde Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008, pasando por el Documento Marco para elaboración de las Directrices de Atención Sociosanitaria en la CAPV del año 2011 hasta el aterrizaje en las actuales Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013-2016.

Las actuales líneas estratégicas aportan una característica novedosa en su origen como es la referencia fundacional y explícita en las comparencias institucionales del Consejero de Empleo y Políticas Sociales y el Consejero de Salud ante las respectivas comisiones de Em-

pleo y Políticas Sociales y Salud del Parlamento Vasco, reconociendo y coincidiendo en la importancia y prioridad de la atención sociosanitaria, estableciendo la orientación de las actuaciones hacia una coordinación transversal e intersectorial con el resto de departamentos del gobierno y con las diputaciones forales y los ayuntamientos y fijando las líneas que derivan de ella como objetivos prioritarios para esta legislatura. Este discurso apunta también a una definición más completa e inclusiva de los valores sociosanitarios, tanto desde la definición del ciudadano como agente activo siendo la salud el lugar de encuentro que articula *"El compromiso de todas las personas y poderes públicos en Euskadi"* como por la referencia al sustento de la acción estratégica y política, el principio de la igual dignidad de las personas: *"Todas las personas por el hecho de serlo tienen una dignidad y no tienen precio; todas las personas en tanto personas merecen idéntica consideración y respeto"*.

Estos planteamientos centrados en la ciudadanía y en las necesidades sociosanitarias individuales y colectivas, priorizando la efectividad y eficiencia de las intervenciones, han encontrado un claro eco en los órganos forales y ayuntamientos de nuestros Territorios Históricos.

En la elaboración de las actuales líneas estratégicas se han querido conjugar una vocación mixta por una parte pragmática y operativa orientada hacia el terreno micro, práctico e inmediato pero también otra parte densa ligada a los valores propios de la atención sociosanitaria como modelo de atención integral a las personas enfermas o en situación de vulnerabilidad personal y/o social como queda reflejado en su misión: *"El desarrollo de un modelo de Atención Sociosanitaria efectivo, coordinado y*

*sostenible que, centrado en la persona como protagonista de su proyecto vital, dé respuesta al compromiso de los poderes públicos de Euskadi”.*

Una reflexión interesante sobre este proceso rico en encuentros, desencuentros, oportunidades y amenazas ha sido el glosar la capacidad de las instituciones para moverse en situaciones de inestabilidad y para obtener consensos generadores de cultura y que trascienden al marco normativo. Se ha demostrado, a lo largo de los años, que lo que nos aleja de la plena integración estructural hace el camino más tortuoso y complejo pero también que estimula la creatividad, la innovación y cimienta cambios culturales, ya que el soporte de la acción sociosanitaria se da en un plano micro, terrenal y dificultoso pero también gratificante y con unos valores sólidos.

Por lo tanto convertir los hándicaps en fortalezas ha sido uno de los regalos inesperados en nuestro peculiar entramado en el que aunque la coordinación de los recursos sea el límite que permite su estructura sin embargo la voluntad de integración funcional de los procesos y las personas constituye su núcleo afectivo y estratégico.

#### 4. LOS ESPACIOS SOCIOSANITARIOS.

Una definición habitual del marco sociosanitario es situarlo físicamente en una dimensión, hablar de él como un “espacio”; espacio de deambulación, espacio de intersección, e incluso como espacio de desorientación. Utilizaremos la terminología de ubicar en una dimensión la acción sociosanitaria con estas referencias aún a sabiendas que seguramente es más relevante e importante la otra dimensión, el tiempo sociosanitario, ya que esta es la

dimensión de las personas: dimensión subjetiva, imparable y que nos informa de la realidad, mientras que, habitualmente, el espacio es la dimensión de las instituciones: dimensión de tránsito entre las mismas, regida por normas y en la que se ubican las barreras. Estas dos dimensiones se conjugan en la velocidad sociosanitaria como indicador de la salud del sistema, velocidades lentas indican largos recorridos o en mucho tiempo, velocidades rápidas nos indican como vamos acortando el espacio que separa nuestros mundos y que lo estamos haciendo en un tiempo razonable.

Ubicaremos tentativamente, por lo tanto, las líneas estratégicas en varios espacios, hablando no tanto de los proyectos y acciones que los sustentan sino de su intención y desarrollo actual y previsto.

##### 4.1. ESPACIO DE LA NORMA.

###### ***Línea Estratégica 1: DEFINICIÓN DE UNA CARTERA DE SERVICIOS SOCIOSANITARIOS.***

La atención sociosanitaria como realidad se plasma en servicios sanitarios y sociales de una intensidad suficiente y simultánea que es necesario definir.

La naturaleza de dicha cartera es compleja ya que no supone la creación de un tercer sistema sino de la definición de momentos y situaciones en los que es necesaria la confluencia y coordinación en la actuación de ambos sistemas para procurar la atención integral que la persona requiere en ese momento. Esta complejidad unida a las particulares condiciones de prestación de la respectivas carteras de Servicios Sociales y Sanitarios, exigirán la construcción de un marco común jurídico, asistencial, económico y

de gestión de la cartera, desde una perspectiva multisectorial y avalada por un grado elevado de consenso.

Se ha avanzado de forma sustantiva en la elaboración de esta cartera y sus hallazgos más significativos son la articulación fundacional de un derecho como es el de la obligación de un marco de coordinación de las instituciones. Derecho exigible y que deriva en una serie de prestaciones y servicios clasificadas en dos grandes grupos:

- Servicios instrumentales son aquellos exigibles para una correcta comunicación y coordinación entre ambos sistemas entre ellos están la historia sociosanitaria, los equipos de atención primaria sociosanitaria, la presencia de un plan individualizado sociosanitario o una ventanilla funcional de atención única.
- Finalistas son aquellos orientados a recursos estructurales que cumplen una función sociosanitaria como las Unidades residenciales sociosanitarias y otros.

Asimismo la cartera plantea la definición de conceptos como el de estado de necesidad sociosanitaria o ámbitos normativos complejos como es el de definición y acreditación de los recursos sociosanitarios finalistas.

Además de tener una función ordenadora y clarificadora con respecto al acceso, diseño y provisión de las prestaciones sociosanitarias tiene también, en el caso de Euskadi, una intención de reorientación de dichas prestaciones que garantice interterritorialmente una atención integral, accesible y equitativa que evite situaciones de discriminación de determinados colectivos o territorios.

## 4.2. ESPACIO DE LA COMUNICACIÓN.

### ***Línea Estratégica 2: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN SOCIOSANITARIO.***

La fragmentación de la información, ubicada frecuentemente en espacios inconexos inter, e incluso, interinstitucionalmente es una de las principales debilidades de los sistemas social y sanitario que frecuentemente deriva en dificultades en la accesibilidad, prestación equitativa y continuidad de cuidados para las personas que circulan por el espacio sociosanitario.

El desarrollo de sistemas y modelos organizativos que permitan la intercomunicación de los equipos sociosanitarios y que hagan circular la información es uno de los factores críticos de éxito en la consecución de una atención sociosanitaria de calidad y se articulan en torno a grandes objetivos operativos e infraestructurales de gran alcance y complejidad.

### **DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIOSANITARIA.**

El domicilio, entendido en un sentido amplio, como el lugar donde viven las personas, ya sea en medio residencial, familiar o individual, es el espacio en el que los agentes profesionales sociosanitarios deben interactuar con las personas para dar respuestas contingentes, individualizadas y adecuadas a las necesidades percibidas y expresadas.

El acercamiento al domicilio y el conocimiento sobre el terreno de esas necesidades debe ser real y coordinado, sobre la estructura de la metodología de gestión de caso. La Atención Primaria sociosanitaria se postula como

esa estructura de contacto y acercamiento con la participación coordinada multidisciplinar y multisectorial de agentes profesionales socio-sanitarios y este es seguramente el proyecto más ambicioso en el despliegue de la atención sociosanitaria en Euskadi, la constitución de una forma de trabajo en la que los agentes sanitarios, médico y enfermera del centro de salud de Osakidetza, y sociales, principalmente trabajadoras sociales de servicios sociales municipales de base, trabajen como un equipo integrado.

Para ello son necesarios acuerdos institucionales que empoderen y permitan este funcionamiento coordinado. Una herramienta para dar cabida a este foro de encuentro sociosanitario son la comisiones sociosanitarias dependientes de las Organizaciones sanitarias integradas. Estas comisiones están constituidas no solamente por los centros de Osakidetza con sus distintas organizaciones sino también por los municipios y sus mancomunidades, los servicios sociales especializados dependientes de las Diputaciones forales y otros agentes como Educación, residencias, asociaciones profesionales y ciudadanas...

El objetivo principal de estas comisiones sociosanitarias es la elaboración de los protocolos de atención sociosanitaria que expliciten un compromiso formal para trabajar de forma conjunta como garantía de la continuidad de la atención. Son protocolos de alta implicación institucional suscritos entre la Dirección General de Osakidetza y los alcaldes del área de influencia.

## HISTORIA SOCIOSANITARIA.

Para acelerar y facilitar ese trabajo conjunto en equipo y permitir el desarrollo de protocolos sociosanitarios son necesarias herramientas de intercambio de información entre las cuales la fundamental es la historia sociosanitaria.

La historia sociosanitaria deberá incorporar instrumentos útiles y comunes, que hagan transparente la información en ambos sistemas, que permitan la planificación de la atención sociosanitaria y el acceso equitativo a todos los recursos definiendo las rutas desde cualquiera que sea el nivel de acceso y que incluyan aspectos relevantes en relación al derecho a la autonomía de las personas con dependencia o discapacidad como nivel de autonomía, valores significativos, situación de tutela o desprotección... así como que desarrollen una tecnología de intercomunicación que, respetando los criterios de confidencialidad y trazabilidad, permita una gestión unificada de la información sociosanitaria a los agentes profesionales.

Los retos de esta propuesta son grandes y el proyecto Inter RAI-CA se postula como el primer paso en ese sentido, el "embrión" de la historia sociosanitaria.

El instrumento RAI-CA permite valorar integralmente a la persona, realizar un diagnóstico de su situación sociosanitaria y elaborar un plan de cuidados conjunto. Sin estar integrado actualmente con las plataformas de historia clínica e historia social sí se ha iniciado un despliegue para ver cuál es su potencialidad y sacar conclusiones sobre las que elaborar el diseño definitivo de la futura historia sociosanitaria que previsiblemente tendrá al Inter RAI-CA en



su núcleo. Este proyecto abarca toda la CAPV y se asienta sobre todo en aquellas áreas en las que ya existen los protocolos de atención sociosanitaria.

#### OSABIDE GLOBAL (HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE OSAKIDETZA) EN LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES.

Como proyecto orientado a la seguridad pero también como reconocimiento de un derecho, el objetivo de este proyecto es la disponibilidad de un historial clínico único independientemente del sitio donde se ubique nuestro domicilio, en casa o en una residencia. Las oportunidades en cuanto a seguridad para el paciente son múltiples al disponer cada persona de una única historia, evolutivo y prescripción que podrá ser leída por todos los agentes sanitarios, médico y enfermera, independientemente del dispositivo en que se halle residencia, hospital, consulta externa, urgencias... este proyecto evidentemente mantiene la confidencialidad de la historia y mejora de forma absolutamente significativa la comunicación interinstitucional, la gestión de materiales y también el intercambio de información sanitaria.

#### DESARROLLO DEL ENFOQUE ÉTICO-ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO.

Podemos hablar de "asistencia de calidad" cuando dicha asistencia promueve la calidad de vida de las personas. En la atención en el ámbito sociosanitario actuamos sobre aspectos fundamentales para el vivir propiamente humano como son: la salud, la intimidad, la corporalidad, el desarrollo y la seguridad emocional, la interacción, integración e incorporación social, los niveles de protección, la responsabilidad personal, el control de las adversidades y

dificultades y tantos otros que configuran una vida de calidad.

Que dichas actuaciones además de cumplir con los requisitos de integralidad, personalización y continuidad, sean correctas desde el punto de vista técnico y ético, es una obligación de los y las profesionales y las instituciones implicadas, ya que de ello depende el respeto de la dignidad de la ciudadanía y sus derechos.

La consolidación y coordinación entre algunos instrumentos que ya existen como los comités de ética asistencial, tanto en el ámbito sanitario como en el de servicios sociales, o el mayor desarrollo de los documentos de voluntades anticipadas y su integración con los de directrices previas previstas en servicios sociales, pueden ser entre otros instrumentos para apoyar ese desarrollo de la ética en el ámbito sociosanitario llegando a convertirse en recursos eficaces para todas las personas y agentes implicados.

### 4.3. ESPACIO DE LAS INSTITUCIONES.

#### ***Línea Estratégica 3: FORMALIZACIÓN DE ACUERDOS SOCIOSANITARIOS ENTRE SECTORES.***

El nivel operativo de la acción sociosanitaria debe estar fundamentado en una base de consenso institucional que se sustenta, a nivel formal, a través de convenios y acuerdos sociosanitarios entre las diversas instituciones y sectores.

Además de los sectores que representan el grueso del nivel institucional y operativo, representados en el Consejo Vasco de Atención sociosanitaria (Departamento de Salud, Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Departamento de Acción Social de cada una

de la Diputaciones Forales y la Asociación de Municipios Vascos (EUDEL) existen otras instancias con representación institucional y orgánica potente (Departamento de Educación, Departamento de Justicia y Departamento de Seguridad) y otras, como el tercer sector, con una estructura descentralizada e inorgánica pero ambas representan una fuerza social e institucional clave para entender y trabajar en el espacio sociosanitario y deben ser incorporadas como socios y aliados preferentes en la estructuración de dicho espacio.

En Euskadi se plantea, así mismo, el nivel territorial como fundamentalmente operativo y con un nivel de empoderamiento suficiente, a través de la Comisiones Territoriales Sociosanitarias y los Planes Operativos Territoriales, como para llevar a cabo los proyectos y suscribir los convenios y acuerdos que se necesiten en función de las necesidades e idiosincrasia territorial.

#### 4.4. ESPACIO DE LAS PERSONAS.

##### ***Línea Estratégica 4: PLAN DE DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN COLECTIVOS DIANA.***

La atención sociosanitaria está constituida por una serie de prestaciones que se incorporan a nuestra sociedad como un elemento más del estado de bienestar y con una orientación universal, redistributiva y solidaria. Como tal toda la ciudadanía vasca puede ser perceptora y beneficiaria de dicha atención y prestaciones caracterizadas por su transversalidad y la atención centrada en la persona, lo cual, independientemente de la mayor o menor vulnerabilidad de ciertos colectivos, implica en cierta manera superar esa fragmentación.

Sin embargo hay colectivos dentro de nuestra sociedad que por sus circunstancias; individuales o sistémicas; sociales o sanitarias; serán objeto de un mayor enfoque y presencia en las previsiones de la atención sociosanitaria. Estos colectivos, algunos de ellos definidos por la existencia de hándicaps concretos y generadores de desigualdad, van a necesitar intervenciones intensivas y frecuentemente idiosincrásicas, para el desarrollo de recursos y procedimientos que respondan a sus necesidades y que los resitúen respecto al resto de la sociedad bajo el prisma de la equidad.

##### **ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES.**

Las enfermedades psiquiátricas y las personas que las padecen presentan una serie de peculiaridades específicas dentro de la habitual dialéctica salud/enfermedad. En primer lugar la existencia de un estigma social, entendido como aquellos apriorismos individuales y sociales que derivan en una discriminación efectiva y afectiva de las personas con trastornos mentales, y que sitúa a las enfermedades psiquiátricas en la equívoca cercanía de las "enfermedades morales". Esta situación históricamente se ha sustanciado en dispositivos específicos de tratamiento y alejamiento (hospitales psiquiátricos o manicomios) y en una cultura social temerosa y excluyente respecto a dicho colectivo. En el momento actual, aunque ha habido un esfuerzo importante de normalización, la presencia del estigma sigue siendo un factor decisivo en la toma de decisiones en el ámbito de la salud mental y de la sanidad.

Por otra parte los trastornos mentales graves (TMG) tienen un curso habitualmente crónico, que desarrolla un nivel de discapacidad funcional

importante y que necesita de recursos y dispositivos específicos que justifiquen un enfoque individualizado y exhaustivo de estos aspectos.

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

Mencionar, así mismo, la existencia de una estrategia de salud mental de Euskadi que describe y propone las acciones que tienen que ver con el desarrollo de la atención sociosanitaria y la coordinación inter e intrainstitucional en nuestra comunidad.

#### ATENCIÓN A PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN Y DESPROTECCIÓN.

La exclusión social se entiende como un proceso social de pérdida de integración que incluye no sólo la falta de ingresos y el alejamiento del mercado de trabajo, sino también un debilitamiento de los lazos sociales, un descenso de la participación social y por tanto una pérdida de derechos sociales.

Las personas se encuentran en situación de exclusión social cuando sus condiciones de vida y convivencia se están viendo afectadas por múltiples déficits y carencias que persisten en el tiempo, y al acumularse provocan la existencia de una situación de exclusión social.

En muchas ocasiones las situaciones de exclusión social van asociadas a desprotección. Pero la desprotección va unida básicamente a situaciones de especial vulnerabilidad bien por situaciones de exclusión, dependencia, discapacidad, etc.

Será una labor importante por tanto identificar estas situaciones en las que las personas están en riesgo de que no sean respetados sus derechos más fundamentales.

Frente a estos paradigmas que definen de manera fáctica las situaciones que llevan al alejamiento y pérdida de cohesión de las personas con respecto al tejido social y el riesgo de desprotección asociado a las situaciones de especial vulnerabilidad se proponen los términos de inclusión y protección como formulaciones positivas, líneas maestras y objetivos a conseguir.

#### ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

Las situaciones de discapacidad y dependencia son, sin duda, una contingencia que puede afectar al anhelo individual que cada persona tiene de realización personal y desarrollo humano integral. Pero también son un reto colectivo que genera preocupación social en relación con la forma de organizar y dotar de recursos su abordaje. Es un gran tema merecedor de la búsqueda de grandes consensos políticos y sociales.

En la prestación de servicios en la intervención en relación con la discapacidad y la dependencia debe potenciarse al máximo la autonomía de las personas, tanto en el sentido de conservación y desarrollo de capacidades como de máximo control posible sobre su propia vida. De forma equilibrada con la correspondiente prescripción técnica, debe facilitarse, en la medida de lo posible, la elección entre diferentes prestaciones y servicios, así como la oportunidad de integrar o articular esas prestaciones y servicios con criterios de continuidad

y proximidad. Sería conveniente caminar hacia un modelo intersectorial auténticamente sociosanitario, tomando las decisiones clínicas correspondientes en coherencia con el proyecto de vida de las personas y los recursos sociales, evitando situaciones de abandono y/u obstinación terapéutica.

#### ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES.

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

En Euskadi puede considerarse que en los servicios sanitarios, sociales y educativos individualmente considerados, se presta una atención razonablemente correcta. Pero en la coordinación interinstitucional, intersectorial e interprofesional hay mucho que mejorar, especialmente en el caso de los niños gran dependientes así como en la dotación de recursos sociosanitarios adaptados para la atención a la infancia, sobre todo en las patologías de carácter congénito. Es por ello que el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria promovió una reflexión que concluyó con la aprobación del Modelo de Atención Temprana para el País Vasco que ahora procede desarrollar.

Es importante no olvidar que dicho modelo trasciende la corresponsabilidad de y colaboración de los servicios sanitarios y sociales siendo imprescindible, como así se recoge, la implicación del sistema educativo.

#### ATENCIÓN A OTROS COLECTIVOS.

La especial atención a determinados colectivos puede venir predeterminado por la escasa visibilidad de los mismos en base a sus características sistémicas de escasa representación social o estigma social asociado o también, en el otro extremo, por la escasa representación cuantitativa en el conjunto social, lo que lleva a una labor de representación casi individual frente a los poderes públicos, habitualmente con resultados escasos.

Uno de los elementos de la misión del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, en la que la persona se sitúa en el centro, es precisamente la sensibilidad hacia colectivos con representación escasa como el que representan el conjunto de lo que se ha venido en llamar “Enfermedades raras” (EERR) con problemas complejos y variados, un curso habitualmente crónico y una deriva sociosanitaria habitualmente no contemplada.

#### 4.5. ESPACIO DEL CONOCIMIENTO.

##### ***Línea Estratégica 5: IMPULSO DE LA FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO.***

El modelo de atención sociosanitaria no es un constructo cerrado y estático, ni conceptual, ni operativa, ni tecnológicamente.

Los cambios sociales y la creatividad de los agentes interactuantes constantemente producen soluciones locales a problemas concretos. La conversión de este conocimiento concreto en generalizado y sistémico exige la aplicación de metodología de investigación, cuantitativa

y cualitativa que hagan derivar las experiencias en evidencias.

El circuito propuesto se cierra con la implantación efectiva de las nuevas tecnologías y experiencias en el proceso de transferencia de conocimiento.

Sobre la base de este proceso: formación, investigación, innovación y transferencia de conocimiento se asienta el crecimiento y madurez del modelo de atención sociosanitario y también que la posibilidad de los cambios culturales que determina dicha acción sociosanitaria sean un empeño común de ciudadanos e instituciones por una sociedad más justa y solidaria.

Como colofón a este despliegue de intenciones y acciones constatar la sintonía de las mismas con la emergencia de lo sociosanitario como una marea imparable demandada por la sociedad y por los individuos que la conforman, cada vez más conscientes de su protagonismo como sujetos activos, responsables y partícipes de su propia salud, pero también avisar de que, aun siendo un proceso irreversible en su formulación como transición social y cultural, todavía no lo es desde el punto de vista institucional y organizativo. Hace falta aun sentido del riesgo, liderazgo y heterodoxia para seguir transitando por estos caminos. En ello estamos.

