

> PLAN ESTRATÉGICO
PARA EL DESARROLLO DE LA
ATENCIÓN SOCIOSANITARIA
EN EL PAÍS VASCO
2005-2008

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



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2005

CONSEJO VASCO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Plan estratégico para el desarrollo de la atención socio sanitaria en el País Vasco, 2005-2008 / Consejo Vasco de Atención Socio sanitaria. – 1a ed. – Vitoria-Gasteiz : Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2005
p. ; cm.

Contiene, además, con portada y paginación propias, texto contrapuesto en euskera: “Euskal Herriko atentzio soziosanitarioaren garapenerako plan estrategikoa, 2005-2008”

ISBN 84-457-2347-2

1. Atención sanitaria-Euskadi-Planificación. 2. Servicios sociales-Euskadi-Planificación. I. Euskadi. Departamento de Sanidad. II. Título (euskera). 364.444.042(460.15)
364.4.042(460.15)

CONSEJO VASCO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

— Por Sanidad:

- Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, D. Gabriel M^º Inclán Iribar, Presidente del Consejo Vasco de Atención Socio sanitaria.
- Ilmo. Sr. Viceconsejero de Sanidad, D. Rafael Cerdán Arandia, vocal.
- Ilmo. Sr. Viceconsejero de Cooperación y Desarrollo Sanitario, D. Jon Lezertua Rodriguez, vocal.
- Ilmo. Sr. Director General de Osakidetza, D. Josu Garay Ibañez de Elejalde, vocal.
- Ilmo. Sr. Director de Estudios y Desarrollo Sanitario, D. Arturo López Ruiz, vocal.

— Por Servicios Sociales:

- Ilmo. Director de Bienestar Social, D. Fernando Consuegra Revuelta, suplente del Excmo. Sr. Consejero de Vivienda y Asuntos Sociales, D. Javier Madrazo Lavín, vocal.
- Ilma. Sra. Diputada de Asuntos Sociales de la Diputación Foral de Álava, D.^a Ainhoa Domaica Goñi, vocal.
- Ilmo. Sr. Diputado de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia, D. Juan M^º Aburto Rike, vocal.
- Ilma. Sra. Diputada de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, D.^a Esther Larrañaga Agirre, vocal.
- El Sr. Concejal del Ayuntamiento de Arrankudiaga, D. José Aspiazu Macho, en representación de la Asociación de Municipios Vascos EUDEL, vocal.

— Secretario:

- D. José Antonio Aguirre Elustondo, Coordinador Autonómico del Consejo Vasco de Atención Socio sanitaria.

Edición:	1. ^a , julio 2005
Tirada:	1.000 ejemplares
©	Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Sanidad
Internet:	www.euskadi.net
Edita:	Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Diseño portada:	Equisbé
Fotocomposición:	EPS, S.L.
Impresión:	Gráficas Santamaría, S.A.
ISBN:	84-457-2347-2
D.L.:	VI-269/05

Índice

1. Presentación	7
2. Introducción.....	9
2.1. Consideraciones previas.....	9
2.2. Metodología.....	10
2.3. Estructura del Plan	11
3. Definición del Modelo de Atención Sociosanitaria.....	13
3.1. La Misión del Sistema de Atención Sociosanitaria	13
3.2. La Visión del Sistema de Atención Sociosanitaria definida por el Modelo.....	13
3.3. Características básicas, definitorias, del Modelo de Atención Sociosanitaria de la CAPV	14
4. Plan Estratégico	17
4.1. Diagnóstico de la situación actual y áreas de mejora	17
4.2. Objetivos Estratégicos.....	22
5. Plan de Acción	33
6. Detalle de iniciativas a través de sus elementos principales	43
7. Priorización de las iniciativas seleccionadas	55
8. Cronograma del Plan de Acción	57
9. Esquema de costes del Plan de Acción	59
10. Tabla de Iniciativas agrupadas por tipos	61
11. Seguimiento y evaluación	63
12. Consideración final	65

Presentación

Proporcionar a nuestros ciudadanos la mejor atención sociosanitaria es un reto para nuestra sociedad. Esto será posible en la medida que sepamos utilizar todos los recursos existentes y trabajando todos los agentes de forma conjunta para idear, crear y gestionar los nuevos que sean necesarios. Sin embargo, históricamente, la sanidad y los servicios sociales han vivido separados en su quehacer asistencial.

Esta cultura ha dificultado, durante muchos años, un adecuado proceso de aproximación y el desarrollo de planes conjuntos y coordinados entre ambos sistemas. Y esta descoordinación ha restado efectividad a los sistemas sanitario y social afectando negativamente a las personas con dependencia y que necesitaban servicios de ambos sistemas de forma conjunta y simultánea.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco existen factores específicos que han dificultado la coordinación sociosanitaria en el pasado y lo siguen haciendo en el presente. Los dos principales son el marco político-administrativo y la distribución competencial.

El Gobierno Autonómico, las Diputaciones Forales, con su competencia recaudatoria, y los Ayuntamientos constituyen tres niveles de poder con una gran autonomía. Entre ellos no existe una autoridad única que esté sobre la de los demás, estableciendo objetivos comunes y zanjando las diferencias. Ese poder superior reside en el Parlamento Vasco pero éste no ha dictado ninguna norma que establezca una jerarquía entre sus poderes y sus atribuciones.

Por otra parte, la Ley 27/83 de 25 de noviembre, conocida como de Territorios Históricos, al establecer el reparto competencial entre el Gobierno Autonómico y los Territorios Históricos, lo hizo de forma exclusiva y excluyente, no compartida. Así, atribuye íntegramente al primero la competencia en ordenación farmacéutica y sanidad interior contenida en el Estatuto de Autonomía del País Vasco y a los segundos la asistencia social, atribuida en exclusiva al País Vasco por el citado Estatuto, sin perjuicio de la acción directa de las Instituciones Comunes.

El Decreto 155/2001, de 30 de julio de determinación de funciones en materia de servicios sociales, atribuye a las Diputaciones Forales la responsabilidad de la atención y cuidado de las personas que tengan la cualificación de dependiente, siendo además los órganos competentes para la valoración de la dependencia. Al Gobierno Vasco le responsabiliza de la prestación de renta básica, la prestación de ayudas de emergencia social y la expedición y renovación de los carnets de familia numerosa, mientras que los ayuntamientos se ocupan, fundamentalmente, de los programas y servicios correspondientes a los servicios sociales de base, los servicios de acogimiento de urgencia y los centros destinados a favorecer la convivencia social y la solidaridad entre las/os ciudadanas/os.

Las instituciones implicadas, directa o indirectamente, en la resolución de los problemas de las personas dependientes necesitadas de atención socio sanitaria, tienen pues poderes autónomos, con competencias propias. Actuar conjuntamente requiere un acuerdo fruto de la negociación y el consenso, condiciones que dificultan la agilidad de los sistemas y la necesaria puesta en común.

Es por ello que la coordinación interinstitucional, se convierte en el elemento básico, del modelo de atención socio sanitaria que adopta la CAPV. La existencia de dos espacios, el social y el sanitario, con gran solapamiento entre ellos, que intervienen en la atención a las personas desde una concepción de integridad y continuidad de los cuidados. La coordinación efectiva de los dos sistemas será la base de la atención socio sanitaria.

Ante la evidencia de la necesidad de coordinación interinstitucional y su inexistencia real, el 30 de enero de 2003, todas las instituciones implicadas firmaron el Convenio de colaboración para el desarrollo de la atención socio sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco, por la que se creaban el Consejo Vasco de Atención Socio sanitaria, como órgano supremo de coordinación en el ámbito de la Comunidad y los Consejos Territoriales para sus ámbitos correspondientes. Se coloca así la piedra angular para el desarrollo de la atención socio sanitaria. Unos órganos que deben funcionar bajo los principios de respeto a la autonomía de gestión de cada institución, composición paritaria sanitaria y social y el consenso como forma de trabajo y toma de decisiones, para garantizar la coordinación interinstitucional.

Para realizar adecuadamente su labor, el Consejo Vasco de Atención Socio sanitaria necesita disponer de un Plan de Orientación y de Actuación para el período 2005 – 2008 que le permita establecer, desde una posición de liderazgo, la filosofía y la política básicas de la atención socio sanitaria, en el País Vasco. Al mismo tiempo, debe identificar los retos fundamentales que tiene planteados dicho tema en nuestra Comunidad y fijar los grandes objetivos a conseguir en este período de lanzamiento y consolidación del Modelo Socio sanitario.

El objetivo del Plan Estratégico es, por tanto, definir y consolidar los principales elementos conceptuales y rasgos que constituyen el Modelo de Atención Socio sanitario que se propugna. Aborda el cómo hacer las cosas sin entrar a cuantificar las necesidades asistenciales de los principales colectivos de personas con dependencia ni planificar su realización. Incluso cuando el Plan se enfoca desde la perspectiva de los clientes, de los procesos o del desarrollo futuro, se fijan objetivos, estrategias e iniciativas estrictamente cualitativas. Se fija el camino a seguir y los conceptos que deben regir en la planificación cuantitativa o recopilaciones cuantitativas de las acciones de los órganos forales para elaborar mapas de conjunto sobre los planes territoriales y su ejecución que den visión global del desarrollo de la atención socio sanitaria en la Comunidad Autónoma.

Por la propia división competencial, la labor de cuantificar los objetivos y planes debe ser asumida por los órganos forales, como lo vienen haciendo, a través de sus propios Planes Estratégicos, sus Planes Gerontológicos, sus Mapas de Servicios Sociales y otros instrumentos sectoriales de desarrollo asistencial. El presente Plan Estratégico constituye el marco referencial del Modelo Conceptual en el que deben encuadrarse sus iniciativas territoriales.

En resumen, este Plan pretende dos finalidades. Por una parte, definir con claridad, a través de sus rasgos conceptuales más característicos, el Modelo de Atención Socio sanitaria que va a funcionar en la Comunidad Autónoma del País Vasco y, por otra, fijar las acciones que hay que desarrollar para consolidar dichos rasgos y su contenido.

GABRIEL M^a INCLÁN IRIBAR

Consejero de Sanidad

y Presidente del Consejo Vasco de Atención Socio sanitaria

Introducción

2.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

El 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 CAPV, se suscribió en Vitoria-Gasteiz, el 30 de enero de 2003 con la firme voluntad de garantizar la adecuada atención social y sanitaria de todos los ciudadanos de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

A tales fines, existen órganos de encuentro y participación de todas las instituciones en cuyo seno han de adoptarse las decisiones que definan el modelo de atención sociosanitario de CAPV.

Esta participación se materializa, en el Convenio mencionado, en la creación del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, de ámbito autonómico (CVAS) y de los Consejos Territoriales de Atención Sociosanitaria (uno por cada Territorio Histórico).

El Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, (CVAS) es el órgano superior de coordinación de los sistemas sanitario y social en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Sus funciones son, entre otras:

- Establecer y definir la filosofía y políticas básicas de la atención sociosanitaria.
- Establecer las directrices y criterios generales de funcionamiento de la Atención Sociosanitaria.
- Debatar y acordar las cuestiones relacionadas con la atención sociosanitaria que requieran una regulación jurídica específica.
- Prever los recursos financieros públicos necesarios para la implantación del modelo de atención sociosanitaria aprobado.
- Determinar los criterios de participación de los usuarios en la cobertura del coste de los servicios personales recibidos.

El Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (CVAS), con el objetivo de conseguir los objetivos planteados en su constitución, cumplir sus competencias y articular un espacio

que facilite la aproximación y la coordinación de todas las instituciones implicadas, elabora el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008, contenido en este documento.

El Plan Estratégico, tanto en su formulación como en su desarrollo, se ha configurado respetando el marco actual, por lo que no se propone la modificación de la legislación vigente. Si en el curso del desarrollo del Plan se viese la conveniencia o la necesidad de proponer iniciativas de introducción de nuevas normas o modificación de las vigentes, estas deberán ser consensuadas entre todas las instituciones representadas en el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, afectadas por ellas, respetándose los cauces político-administrativos establecidos para el desarrollo y aprobación de las mismas.

Sin embargo, es posible que del desarrollo operativo o de los trabajos realizados por las comisiones técnicas creadas al amparo del citado Convenio de Colaboración Sociosanitaria se adopten decisiones que puedan afectar a la actual estructura de cargas asistenciales modificándola apreciablemente. Así, por ejemplo, si la reubicación de personas ingresadas en Hospitales Psiquiátricos de gestión pública o privados concertados en disposición favorable para ser reinsertados en la sociedad o, la implantación de la herramienta RAI (20%) y del RUG (III), en sustitución de las actualmente existentes en los tres Territorios Históricos u otras iniciativas semejantes, modifiquen perceptiblemente la actual estructura de las personas con dependencia o las futuras calificaciones, de forma que personas que ahora son dependientes no lo fueran con la aplicación de las nuevas herramientas o viceversa, el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria estudiará, en estos casos, estudiará los efectos económicos que se deriven de las decisiones adoptadas y propondrá las medidas necesarias para corregir los desequilibrios financieros interinstitucionales que se pueden generar, estableciendo lo que se define en la normativa actual como Reajuste Financiero Interinstitucional.

2.2. METODOLOGÍA

El Plan ha sido elaborado con un enfoque metodológico que garantiza dos requisitos básicos: la orientación práctica y el desarrollo participativo.

La orientación práctica vincula estrategia a largo plazo, con planificación operativa a corto plazo, mediante el desarrollo de acciones concretas. Además, cada objetivo lleva asociados indicadores que permiten conocer el grado de consecución y avance del mismo, facilitando el seguimiento efectivo de la implantación.

El desarrollo participativo asegura el mayor consenso posible en los resultados propuestos. Para facilitar el máximo nivel de participación en la realización de los trabajos de desarrollo del Plan se han articulado distintos mecanismos de participación:

- El Comité de Seguimiento, constituido por representantes de las distintas administraciones implicadas.
- El Comité Asesor, órgano consultivo del proyecto, ha estado constituido por un grupo de expertos procedentes de diversas áreas y colectivos profesionales.
- Además, durante el desarrollo del proyecto se ha entrevistado, a título individual, a profesionales expertos de reconocido prestigio.

2.3. ESTRUCTURA DEL PLAN

Como se señala en el Índice el presente documento se estructura en dos partes diferenciadas.

La primera parte delimita las características de los rasgos definitorios del Modelo de Atención Sociosanitaria preconizado para la CAPV, y establece el marco conceptual del mismo a través de los siguientes elementos que lo componen:

- La Misión del Modelo de Atención Sociosanitaria.
- La Visión del Modelo.
- Características básicas, definitorias del Modelo:
 1. Directrices y criterios generales de funcionamiento del modelo.
 2. Principio de coordinación e integración funcional de los Sistemas Sanitario y Social: mantenimiento de dos redes.
 3. La participación del usuario en la financiación del coste del servicio: el copago.
 4. El ámbito personal o la población diana de la Atención Sociosanitaria.

La segunda parte recoge los tres elementos que conforman el Plan propiamente dicho:

- Diagnóstico de la situación y áreas de mejora.
- Objetivos estratégicos.
- Plan de Acción con sus correspondientes iniciativas de actuación.

Tienen el siguiente esquema de configuración:

1. Objetivos Estratégicos.

Los objetivos estratégicos se ordenan a través de 4 perspectivas: perspectiva social, perspectiva clientes, perspectiva interna y de procesos y perspectiva de desarrollo futuro.

2. Plan de Acción.

El Plan de acción se configura por las iniciativas de actuación, cada iniciativa generalmente responde al desarrollo de un objetivo concreto pero puede responder a más de uno.

3. Indicadores de Seguimiento.

Cada objetivo estratégico lleva aparejado diversos indicadores de seguimiento.

Definición del Modelo de Atención Sociosanitaria

3.1. LA MISIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

La atención sociosanitaria es un concepto no exento de ambigüedades y controversias doctrinales ya que no existe una referencia clara que la delimite ni en el sector social ni en el sanitario. Tras los trabajos realizados para la elaboración del presente documento y bajo el consenso de las personas que han participado en el mismo, se asume que la misión del sistema sociosanitario es:

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.

3.2. LA VISIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DEFINIDA POR EL MODELO

El sistema de atención sociosanitaria creado por el Convenio para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria tiene como objetivo último y aspiración final:

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.

La visión, por definición a largo plazo y exenta de precisión absoluta, nos permite decidir los pasos a dar en un futuro más inmediato. Este horizonte temporal es el horizonte temporal de cuatro años que abarca el presente Plan que, en el fondo, tiene que hacer posible que atendamos a un número mayor de personas, que lo hagamos en unas condiciones de calidad máximas y satisfacción de usuarios y familias, que el acceso a los servicios sea más homogéneo en toda la CAPV y que todas las administraciones implicadas colaboren de forma estrecha y trabajen conjuntamente en la consecución de estos objetivos.

3.3. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS, DEFINITORIAS, DEL MODELO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA DE LA CAPV

3.3.1. Directrices y criterios generales de funcionamiento del Modelo

Las primeras directrices y criterios de actuación de la atención socio sanitaria de la Comunidad Autónoma del País Vasco las encontramos en el Convenio de Colaboración para el Desarrollo de la Atención Socio sanitaria.

En él se fijan los principios básicos para el modelo de atención socio sanitaria:

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

La atención a las necesidades socio sanitarias, en la CAPV, se hará mediante la planificación conjunta y la unificación de los mecanismos de valoración y acceso a la atención. Para ello, es imprescindible el encuentro del ámbito sanitario y del ámbito social en un espacio de comunicación y cooperación que articule la implicación necesaria de todas las administraciones.

Sin embargo, la atención, debe ser asumida en su liderazgo y responsabilidad final por una de las dos partes, a la vez que debe ser prestada con una implicación mayor o menor de cada una de ellas, todo ello en función de dos variables:

- Los perfiles de personas a atender.
- Los servicios que se prestan.

En el desarrollo de los trabajos del Plan, con el fin de concretar el rol de la parte sanitaria y el rol de la parte social y la responsabilidad de cada una de ellas en la ejecución de la atención, se debe rehalizar una graduación de su implicación en la atención a prestar a los perfiles de personas a atender y una graduación del componente social o sanitario que tienen los principales recursos de atención para estos colectivos de personas.

3.3.2. Principio de coordinación e integración funcional de los sistemas sanitario y social

Existen dos enfoques claramente diferentes en la concepción de la atención socio sanitaria. El primer enfoque defiende que haya un espacio propio socio sanitario con un objetivo propio, servicios específicos formando una red diferente a las estrictamente sanitaria y social además de un sistema de financiación propio de dicha red.

El segundo establece que no existe un espacio socio sanitario específico ni, por consiguiente, tres redes asistenciales (la sanitaria, la social y la socio sanitaria) sino que existen solo dos, el social y el sanitario con un fuerte solapamiento entre ambos desde una concepción integral de la persona. Los diferentes dispositivos deben adscribirse a uno de los dos sistemas, sobre la base del respeto a las competencias de cada una de las redes y de la necesaria integración funcional entre ellas para obtener las mayores sinergias de su actuación simultánea, coordinada y constante.

Las entidades y organismos públicos 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 socio sanitaria.

3.3.3. La participación del usuario en la financiación del coste del servicio: el copago

Las personas usuarias de los servicios de atención socio sanitaria prestados por centros de titularidad pública o de titularidad privada concertada, cuando no se trate de servicios reconocidos como un derecho subjetivo universal y gratuito, participarán en la financiación del coste de los mismos, de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) La aportación debe tener relación directa con el coste del servicio recibido y con los recursos del usuario o sujeto pasivo y será siempre inferior al montante de sus rentas, de modo que siempre se garantice un mínimo vital a disposición del usuario.
- b) Ninguna persona quedará excluida de la prestación del servicio por carecer de recursos económicos.
- c) La calidad del servicio prestado no podrá ser determinada, en ningún caso, en función de la participación de las personas usuarias en el coste de dicho servicio.
- d) El cálculo de la aportación debe basarse en cálculos objetivos.
- e) Deben establecerse obligaciones económicas a quienes teniendo patrimonio suficiente no cubran la totalidad del precio público establecido.
- f) El ámbito de aplicación de las fórmulas aprobadas para el cálculo de la aportación será el autonómico.
- g) La aportación será revisada periódicamente, de oficio o a petición de parte, para adecuarla a la normativa vigente.

3.3.4. El ámbito personal o la población diana de la atención sociosanitaria

Una vez definido el ámbito de actuación de la atención sociosanitaria, es necesario identificar cuáles son los colectivos de personas que presentan necesidades de atención en dicho ámbito.

La enumeración de los perfiles susceptibles de atención sociosanitaria no debe considerarse, en ningún caso, una clasificación cerrada. El objetivo de dicha enumeración no es otro que el de permitir agrupar y ordenar los principales colectivos a considerar, para con ello poder estructurar mejor los mecanismos de actuación que garanticen una atención adecuada.

GRUPOS DE PERSONAS CONSIDERADOS TRIBUTARIOS DE RECIBIR ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

1. Personas mayores con dependencia:

- I. Personas con dependencia funcional elevada.
- II. Personas con demencias avanzadas.
- III. Personas con dependencia moderada o elevada y complejidad Clínica.

2. Personas con discapacidad:

- I. Personas con discapacidad física (grandes discapacidades) invalidante.
- II. Personas con discapacidad intelectual con enfermedad mental asociada.

3. Personas con problemas de salud mental:

- I. Personas con enfermedad mental grave y cronicada.
- II. Personas con Toxicomanías.

4. Personas con enfermedades somáticas crónicas y/o invalidantes:

- I. Personas con enfermedades neurodegenerativas.
- II. Personas con enfermedad orgánica.
- III. Personas con daño cerebral.
- IV. Personas con patologías infecciosas emergentes.

5. Personas con enfermedades terminales.

6. Otros colectivos en riesgo de exclusión:

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

Hay que resaltar que no todas las necesidades de las personas relacionadas en el cuadro anterior tienen siempre carácter sociosanitario. En numerosas ocasiones su demanda se circunscribe, estrictamente, al ámbito social o, exclusivamente, al ámbito sanitario sin que sea necesaria la intervención simultánea, coordinada y estable de ambos, condiciones que se requieren para que la atención requerida tenga carácter sociosanitario.

Plan Estratégico

4.1. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y ÁREAS DE MEJORA

El Diagnóstico de Situación permite conocer el posicionamiento de salida en la atención sociosanitaria del País Vasco. El objetivo es conocer y analizar la situación actual de la atención sociosanitaria en la CAPV para poder plantear, partiendo de la realidad, su desarrollo futuro.

El diagnóstico se ha formalizado a través de un número determinado de lo que se ha denominado, a efectos de este plan, constataciones. Las constataciones son juicios de valor sobre la situación actual, son sintéticas y están orientadas hacia los temas clave y permiten poner en evidencia las implicaciones estratégicas a abordar. Constataciones a las que se llega por un proceso deductivo ordenado, de análisis de las tendencias del sector y de análisis de la situación en la CAPV.

Por otra parte, estas constataciones han sido consensuadas en los distintos órganos de participación que han intervenido en la realización del Plan para poder ser utilizadas como punto de partida de la reflexión estratégica.

Este apartado, en primer lugar, enumera las constataciones y a continuación expone, de forma sintética, las principales justificaciones que las sustentan.

En un paso posterior, las conclusiones se presentan ordenadas mediante las categorías de una matriz DAFO: puntos fuertes, puntos débiles, oportunidades y amenazas.

4.1.1. Constataciones

PRINCIPALES CONSTATAIONES SOBRE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA CAPV

1. El entramado institucional vasco implica una necesidad de coordinación, un proceso de fijación de competencias y de reducir, en lo posible, el impacto de los vaivenes políticos en el desarrollo final del sistema.
2. Los profesionales se encuentran receptivos al desarrollo futuro sociosanitario y existe acercamiento entre ambos sectores.
3. Las necesidades de atención aumentan.
4. La disponibilidad de recursos en el País Vasco está por encima de la media del Estado Español.
5. La dotación de algunos recursos, las desigualdades territoriales y la organización y planificación son elementos que deben mejorar.

1. El entramado institucional vasco implica una necesidad de coordinación y un proceso de fijación de competencias para el adecuado desarrollo final del sistema

En la CAPV, como se ha señalado anteriormente, el desarrollo de la atención socio sanitaria está en manos de diversas administraciones públicas:

- Gobierno Vasco: entre las competencias que le son atribuidas se encuentra la asistencia sanitaria y determinadas acciones directas en asuntos sociales.
- Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa: las Diputaciones Forales tienen competencias en Bienestar Social.
- Municipios: los Ayuntamientos tienen competencias en materia de servicios sociales.

Esta diversidad administrativa, existente en la atención socio sanitaria, supone importantes desafíos:

- Por una parte, la necesidad de coordinar diferentes instituciones y diferentes representantes teniendo en cuenta que cada administración establece su organigrama y distribuye internamente las competencias que le son propias.
- Por otra parte, un complejo sistema de financiación de los servicios, donde se debe hablar de diferentes conceptos: módulo social, módulo sanitario, niveles de dependencia en función de los que establecer responsabilidades de financiación, copago, etc.

2. Los profesionales se encuentran receptivos al desarrollo futuro socio sanitario y existe acercamiento entre ambos sectores

Pese a las dificultades que pueda entamar la disparidad institucional, las administraciones vascas ya han demostrado su capacidad para poner en marcha proyectos importantes para la atención socio sanitaria, como lo demuestra el propio Consejo Vasco de Atención Socio sanitaria.

Por otra parte, las entrevistas y sesiones, desarrolladas durante los trabajos de elaboración del presente Plan, permiten afirmar que el acercamiento entre los mismos existe y es cada vez más valioso.

3. Las necesidades de atención aumentan

Los estudios sobre la evolución demográfica apuntan hacia el incremento de las necesidades de atención y los datos sobre la actividad asistencial corroboran la realidad de este hecho. Por otra parte, los cambios sociales, que vienen sucediendo en los últimos años, refuerzan la tendencia:

- Los cambios demográficos, hacia un rápido envejecimiento de la población, implican el incremento de las personas susceptibles de atención socio sanitaria.
- La actividad sanitaria se ha incrementado notablemente en diversos ámbitos susceptibles de atención socio sanitaria (enfermedades crónicas, salud mental, etc).

- Cada vez más, la asistencia, sea social o sanitaria, se aprecia desde la población como un derecho y cada vez es mayor el nivel de exigencia por parte de los usuarios.

Por otra parte, tradicionalmente, la familia es el cuidador principal de las personas necesitadas de atención. Sin embargo, el cambio social afecta a su continuidad: los cambios en las estructuras familiares, la movilidad geográfica de los miembros familiares por cuestiones laborales, la importancia del rol social de la mujer, el incremento del número de hogares unipersonales, etc., son algunos de los elementos que influyen en este cambio.

4. La disponibilidad de recursos en el País Vasco está por encima de la media del Estado español

Un dato muy positivo a tener en cuenta, es la buena disponibilidad de recursos existentes en la CAPV. Los datos resultantes de la estadística de servicios sociales del EUSTAT y de las estadísticas hospitalaria y extrahospitalaria del EUSTAT y del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco¹, sitúan a la CAPV entre las Comunidades Autónomas del Estado español mejor posicionadas en cuanto a la oferta de servicios, tanto sanitarios como sociales.

Sin duda, este hecho debe observarse desde su relatividad, dado que siempre queda margen para la mejora, especialmente si tomamos como referencia a otros países europeos más avanzados, y a cuyos niveles de atención desea llegar el País Vasco.

Veamos algunas cifras que sustentan esta afirmación:

- El gasto por habitante, en servicios sociales y en sanidad, es superior al del resto del Estado Español.

El gasto sanitario por habitante es el tercero más alto de todo el territorio nacional y el gasto social por habitante se estima un 21% superior a la media española.

- Sin embargo, en el conjunto del Estado español, el porcentaje del PIB destinado a protección social es inferior al de la media europea y, en la CAPV, el porcentaje está ligeramente por encima de la media española.

El porcentaje del PIB dedicado a protección social en la CAPV está entre 20 y 21% mientras que otros países europeos (como Suecia) se mueven próximos al 30%.

El nivel de calidad de los servicios sanitarios de la CAPV está por encima de la media española: Según el Anuario Social de España 2004, de la Caixa², el índice de calidad de los servicios sanitarios en la CAPV es de 9 (sobre un máximo de 10). Este índice es superado exclusivamente por Navarra.

¹ EUSTAT. Estadística de servicios sociales, 2002 (Análisis de resultados). Diciembre de 2004. http://www.eustat.es/elem/ele0001200/inf0001214_c.pdf. EUSTAT. Estadística hospitalaria 2002 (Análisis de resultados). Noviembre de 2004. http://www.eustat.es/elem/ele0001200/inf0001228_c.pdf. EUSTAT. Estadística pública extrahospitalaria 2002 (Análisis de resultados). Octubre de 2004. http://www.eustat.es/elem/ele0001200/inf0001229_c.pdf.

² La Caixa. Anuario Social de España. Marzo de 2004. <http://www.anuarisoc.lacaixa.com/java/X>.

5. La dotación de algunos recursos, los desequilibrios territoriales y la organización y planificación son elementos que deben mejorar

El sector sanitario del País Vasco ha sido, tradicionalmente, una referencia a nivel Estatal. Sin embargo, los recursos son siempre escasos si se desea mantener un nivel de calidad asistencial elevado. Del mismo modo, la necesidad de mayores recursos se siente también en el ámbito social, pese a que los índices de crecimiento de los últimos años han sido muy notables y han intentado responder a esta necesidad.

En cuanto a los recursos humanos, concretamente en el ámbito social, hay que decir que la insuficiente formación y cualificación profesional es un problema acuciante extensible a todo el territorio y, por otra parte, generalizado en el ámbito internacional. Los principales obstáculos que configuran el problema son la escasez de profesionales, la insuficiencia de los sistemas de selección y acreditación adecuados y el riesgo de prácticas laborales, en algunos casos, no suficientemente profesionalizadas. Además, se constata la necesidad de mejorar en la formación de los profesionales sanitarios respecto a los aspectos más sociales de la atención: la formación en detección de necesidades, la información sobre procedimientos sociales, etc.

Por otro lado, la falta de equilibrio territorial es otro de los problemas con los que se enfrenta la CAPV, como se ve en los ratios más genéricos de de gasto social o sanitario, algo por otra parte lógico ya que responden a una acción no unificada ni coordinada a priori.

Finalmente, otro elemento que conforma el contexto socio sanitario actual es la insuficiente colaboración formal entre profesionales sanitarios y profesionales sociales. Pese a que existen numerosas experiencias de colaboración estructurada y no estructurada entre profesionales, ésta no puede calificarse de plena. Esta colaboración constituye una voluntad de hacer más juntos, de colaborar, pero se da en una fase del proceso asistencial global demasiado tardía para que sea efectiva. Además de este trabajo conjunto, es necesario que se planifique de forma conjunta y que la colaboración sea una consecuencia deseada y buscada para conseguir unos objetivos previamente planificados por el conocimiento aumentado que supone la colaboración entre los ámbitos sanitario y social.

4.1.2. Análisis DAFO

Complementariamente a la elaboración de las constataciones expuestas, se ha llevado a cabo un análisis DAFO. La síntesis de las fortalezas y debilidades que se han identificado, ofrecen las primeras indicaciones de los campos de desarrollo prioritario de la atención sociosanitaria en los próximos años.

PRINCIPALES PUNTOS FUERTES PARA LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

1. Los logros de los últimos años y las estructuras existentes.
2. La confianza generada entre los profesionales y en la población.
3. El porcentaje de recursos del País Vasco destinados a la atención sanitaria y social.
4. Profesionales proactivos que ya establecen colaboraciones.
5. Conocimientos y experiencia.
6. La estructura sanitaria de la Comunidad del País Vasco, sólida y uniforme.
7. Incremento y evolución de los Servicios Sociales
8. Existencia de un convenio de Atención Sociosanitaria, como expresión de la voluntad y compromiso institucional.
9. Compromiso y objetivo del Plan de Salud de detectar los pacientes con necesidad de asistencia sociosanitaria.

PRINCIPALES PUNTOS DÉBILES PARA LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Diversidad de administraciones implicadas y dispersión de trabajos y responsabilidades dentro de una misma administración. 2. Dificultad múltiple en la financiación de la atención sociosanitaria: <ol style="list-style-type: none"> I. Elevado coste de la atención II. Complejidad en la fijación de responsabilidad para la asunción de dicho coste. III. Doble Complejidad de la financiación de los usuarios: diferencia entre el sistema sanitario y el social y diferencias entre Diputaciones y Ayuntamientos. 3. Entorno profesional y laboral con necesidades de mejora: <ol style="list-style-type: none"> I. Escasa motivación entre algunos colectivos profesionales específicos del campo sociosanitario. | <ol style="list-style-type: none"> II. Existencia de condiciones laborales diferentes para funciones similares en el ámbito social que pueden dificultar su articulación profesional equilibrada. III. Insuficiente formación, en general, del personal sanitario con respecto a la atención sociosanitaria. IV. Carencia, en el ámbito social, de personal cualificado de varios niveles. V. Insuficiente protocolización de los sistemas de colaboración entre profesionales. 4. Indefinición y falta de delimitación de lo sociosanitario. 5. Insuficiencia del número de recursos destinados a la atención sociosanitaria. 6. Existencia de dificultades en el acceso al sistema: diferencias vías de acceso sanitarias y sociales, existencia de lista de espera, dificultad en el acceso urgente, etc. |
|---|--|

El entorno actual y futuro nos brinda multitud de oportunidades de desarrollo a la vez que nos muestra algunas amenazas a considerar a fin de poder afrontarlas de manera efectiva.

PRINCIPALES OPORTUNIDADES DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

1. Asegurar la continuidad de la atención y la adecuación de los recursos a las necesidades.
2. Incrementar el equilibrio territorial, dotando a cada territorio de unos servicios y organización acorde a sus características.
3. Posibilidad de rápido impacto de las acciones realizadas entre colectivos con índices de atención menos favorables.
4. Posibilidad de fuentes de financiación alternativa, por ejemplo la puesta en marcha del seguro de dependencia o sistema equivalente.
5. Crear nuevas metodologías de trabajo que ayuden a evaluar mejor las necesidades, establecer prestaciones adecuadas, homogéneas y de calidad y establecer indicadores de seguimiento y evaluación, fomentando la eficiencia del sistema.
6. Desarrollo futuro del Convenio de Atención Socio sanitaria.
7. Administraciones implicadas con voluntad de colaborar.

PRINCIPALES AMENAZAS PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

1. Insuficiente disposición de medios para hacer frente a las nuevas necesidades y al mayor nivel de exigencias de la población.
2. Pérdida de la confianza lograda, si no se da la respuesta adecuada a las necesidades.
3. Riesgo de ineficiencia y mal diseño de servicio por falta de coordinación de las administraciones.
4. Reducción del apoyo de la red familiar de atención.

4.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

A partir del diagnóstico realizado, se establecen los objetivos estratégicos, tanto generales como específicos, necesarios para el desarrollo futuro de la atención socio sanitaria en la CAPV.

El Plan Estratégico define cuatro Objetivos Estratégicos, de carácter general, a alcanzar que se ordenan a través de cuatro perspectivas, respondiendo a un enfoque integral del sistema:

Objetivo Estratégico General 1: Incrementar las personas atendidas con necesidades socio sanitarias

El diagnóstico hecho y el análisis DAFO realizado, identifican un crecimiento importante de la demanda de servicios socio sanitarios y una dificultad creciente por parte de la red natural de prestación de cuidados para dar respuesta a esta necesidad.

Por ello, prever el incremento de la oferta de servicios o incrementar las acciones de apoyo a los cuidadores, se presenta como una acción imprescindible. Recoge en definitiva la perspectiva social.

Objetivo Estratégico General 2:

Lograr una atención de calidad que proporcione la máxima satisfacción a usuarios y familias

Este nuevo desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco, quiere conseguir la máxima satisfacción de todos aquellos a los que se dirige.

Para ello, se plantea objetivos concretos y iniciativas que promuevan la calidad y proporcionen elementos de mejora continua que abarcan:

- la mejora y el desarrollo de los servicios,
- la prestación de una atención personalizada y de calidad,
- la mejora de la eficiencia,
- la implicación interdisciplinar de los profesionales que intervienen.

Recoge la perspectiva de las personas con necesidades sociosanitarias, de los receptores directos de la atención.

Objetivo Estratégico General 3:

Conseguir un sistema de atención único y compartido entre las dos redes de servicios: la social y la sanitaria

La atención sociosanitaria no es más que la confluencia de la actividad de atención que desarrollan la red social y la red sanitaria.

Entender a la persona que recibe o precisa este tipo de atención como el centro de la confluencia de ambos sistemas requiere desarrollar instrumentos de gestión que permitan hacerlo efectivo.

Así, definir y gestionar:

- un sistema de acceso único,
- una cartera de servicios única,
- un sistema de información compartido,
- una planificación conjunta

va a permitir el desarrollo de un nuevo modelo de atención sociosanitaria capaz de dar respuesta a lo que requieren las personas con necesidad de este tipo de atención.

Representa el cómo debemos hacer las cosas, la perspectiva interna y de procesos.

Objetivo Estratégico General 4:

Mantener el nivel de excelencia en el futuro

Implica identificar y desarrollar los elementos críticos para ello. Recoge la perspectiva de desarrollo futuro. Desea garantizar la base de éxito futuro y permitirá conseguir el resto de objetivos de forma sostenible. Responde a cómo se debe aprender, innovar y crecer.

Todo ello se complementa con el compromiso de hacer que el sistema que se desarrolle sea sostenible y equitativo en todo el territorio de la CAPV.

El desarrollo final de la atención sociosanitaria en la CAPV dependerá de en qué medida logremos desarrollar los objetivos estratégicos propuestos, aprovechando las sinergias entre unos objetivos y otros y fomentando la implicación de todas las personas que directa o indirectamente contribuyen a forjar la atención sociosanitaria.

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
<p>1. INCREMENTAR LAS PERSONAS ATENDIDAS CON NECESIDADES SOCIO SANITARIAS</p> <p>El diagnóstico hecho y el análisis DAFO realizado, identifican un crecimiento importante de la demanda de servicios socio sanitarios y una dificultad creciente por parte de la red natural de prestación de cuidados para dar respuesta a esta necesidad.</p> <p>Por ello, prever el incremento de la oferta de servicios o incrementar las acciones de apoyo a los cuidadores, se presenta como una acción imprescindible. Recoge en definitiva la perspectiva social.</p> <p>Los objetivos incluidos en la perspectiva social subrayan la importancia de hacer bien las cosas y hacerlas visibles, además de contemplar objetivos financieros que garanticen la viabilidad del sistema.</p>	<p>1. Construir una imagen de valor de la atención socio sanitaria del País Vasco.</p>
	<p>2. Fomentar la creación de un instrumento para la financiación de la cobertura pública de la atención a la dependencia.</p>
	<p>3. Desarrollar y mejorar los sistemas de copago.</p>
	<p>4. Apoyar a la familia y a la sociedad en tanto son proveedores de cuidados.</p>
	<p>5. Lograr un marco de relación estable con la red de provisión privada.</p>
	<p>6. Lograr el equilibrio interterritorial en la oferta de servicios.</p>
	<p>7. Incrementar el número de personas con necesidades socio sanitarias atendidas por el sistema.</p>

DESCRIPCIÓN	
	<p>La comunicación permite tomar conciencia de la realidad y permite compartir experiencias y reflexiones, promoviendo así, la mejora de los sistemas.</p> <p>Es necesario que los profesionales y la sociedad vasca en general conozcan qué se hace en el ámbito sociosanitario para que lo asuman como propio, tomen conciencia de la necesidad de su implicación y mediante procesos de reflexión y crítica abiertos produzcan una mejora continua.</p>
	<p>El incremento de las necesidades y los continuos cambios sociales, junto con un sistema de cobertura pública limitado, producen multitud de debates, iniciativas y propuestas orientadas a elaborar un sistema de protección social de carácter universal. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Central acaba de presentar el Libro Blanco en el que preconiza la creación de un Sistema Nacional de la Dependencia, de carácter público y universal, con igual acceso al derecho y cofinanciado por parte de los usuarios. Su modalidad jurídico-financiera podría adoptar la forma de protección universal, derivada de la condición de ciudadano, o los riesgos que deben ser protegidos mediante el seguro público, es decir, a través de una prestación del Sistema de la Seguridad Social.</p> <p>En este contexto, desde la CAPV debe analizarse los efectos potencialmente beneficiosos que podría tener dicha iniciativa, tanto para la prestación de servicios como para la financiación de la atención sociosanitaria. Por ello, es necesario determinar con detalle los principales elementos de dicha iniciativa para garantizar la eficiencia del sistema dentro del respeto máximo de los derechos e intereses de todas las partes implicadas, así como su encaje en el entramado competencial de la CAPV.</p>
	<p>Todos los servicios definidos como sociosanitarios dividen su coste en dos módulos que representen respectivamente a los servicios sanitarios y sociales prestados.</p> <p>El módulo sanitario es de prestación universal y su financiación corre a cargo de los poderes públicos. Sin embargo, el módulo social se financia a través de aportaciones públicas y de aportaciones de los beneficiarios.</p> <p>Las aportaciones deben garantizar la sostenibilidad del sistema dentro de un marco de equidad y transparencia, de acuerdo con los principios establecidos en el apartado de 3.3.3 relativo a la participación del usuario en la financiación del coste del servicio (copago).</p>
	<p>La preferencia de la mayoría de las personas por permanecer en su entorno familiar y social, obliga a desarrollar mecanismos que lo faciliten.</p> <p>Entre dichos mecanismos se encuentra la puesta en marcha de servicios específicos de atención a los cuidadores informales (orientación, formación, apoyo, etc.) o el desarrollo de programas de apoyo a instituciones sin interés de lucro que desarrollan su labor social en este entorno.</p> <p>En la actualidad las Diputaciones Forales tienen en funcionamiento diversos programas de ayuda a los cuidadores informales, principalmente la familia, que abarcan, entre otras prestaciones, exenciones fiscales, cursos de formación, grupos de apoyo, ayuda psicológica, atención residencial y diurna durante los fines de semana, respiro extenso y ayudas económicas (Programa Sendian y similares de las Diputaciones Forales).</p>
	<p>La atención sociosanitaria se presta a través de multitud de recursos, tanto de titularidad pública como de titularidad privada por medio de conciertos y acuerdos de colaboración.</p> <p>Sin duda el papel a desarrollar por la red de provisión privada es fundamental y es deber de las administraciones proporcionar un entorno que facilite la labor de estas instituciones, a la vez que aseguran su sujeción a los parámetros de calidad exigidos.</p>
	<p>Los ciudadanos vascos tienen derecho a disfrutar de un mínimo común de prestaciones, independientemente del territorio en el que se encuentren. El equilibrio interterritorial es una forma de manifestación de la solidaridad dentro de la CAPV.</p>
	<p>En los últimos años, se ha producido un aumento significativo en las coberturas de atención, especialmente en lo que concierne a los servicios sociales.</p> <p>Este Plan asume la necesidad de continuar aumentando la cobertura de la atención, específicamente de la atención sociosanitaria, teniendo como fin último el de garantizar, en la medida de lo posible, que el máximo de personas necesitadas tengan la atención requerida.</p>

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
<p>2. LOGRAR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD QUE PROPORCIONE LA MÁXIMA SATISFACCIÓN A USUARIOS Y FAMILIAS</p> <p>Este nuevo desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco, quiere conseguir la máxima satisfacción de todos aquellos a los que se dirige.</p> <p>Para ello, se plantea objetivos concretos y iniciativas que promuevan la calidad y proporcionen elementos de mejora continua que abarcan:</p> <ul style="list-style-type: none"> — la mejora y el desarrollo de los servicios, — la prestación de una atención personalizada y de calidad, — la mejora de la eficiencia, — la implicación interdisciplinar de los profesionales que intervienen. <p>Recoge la perspectiva de las personas con necesidades sociosanitarias, de los receptores directos de la atención.</p> <p>Los objetivos incluidos en esta perspectiva se centran en la necesidad de realizar un serio esfuerzo en la cobertura y atención de las necesidades, especialmente en determinados colectivos y en la necesidad de hacerlo de forma que satisfaga a usuarios y familiares.</p>	<p>8. Priorizar la atención en función de las necesidades, teniendo en cuenta el volumen y el impacto social.</p> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <p>9. Lograr la satisfacción de usuarios y familias.</p>

DESCRIPCIÓN

A pesar del esfuerzo realizado en la CAPV para aumentar las prestaciones sociosanitarias, los recursos siguen siendo limitados respecto a las necesidades por lo que se precisa focalizar el esfuerzo en aquellas áreas donde su relación coste-beneficio va a ser mayor.

Por ello, las actuaciones a desarrollar se irán centrando especialmente en aquellos colectivos más relevantes por ser colectivos muy numerosos o por requerir altos niveles de atención.

Es necesario garantizar la atención sociosanitaria necesaria, dentro de los parámetros de calidad exigidos, fomentando el respeto por las preferencias individuales y la compatibilidad con el proyecto de vida de los beneficiarios.

Por otra parte, se ha de facilitar que los familiares ejerzan su labor de cuidadores de la forma más adecuada y con los menores riesgos para su salud y sus proyectos vitales.

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
<p>3. CONSEGUIR UN SISTEMA DE ATENCIÓN ÚNICO Y COMPARTIDO ENTRE LAS DOS REDES DE SERVICIOS: LA SOCIAL Y LA SANITARIA</p> <p>La atención sociosanitaria no es más que la confluencia de la actividad de atención que desarrollan la red social y la red sanitaria.</p> <p>Entender a la persona que recibe o precisa este tipo de atención como el centro de la confluencia de ambos sistemas requiere desarrollar instrumentos de gestión que permitan hacerlo efectivo.</p> <p>Así, definir y gestionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> — un sistema de acceso único, — una cartera de servicios única, — un sistema de información compartido, — una planificación conjunta <p>va a permitir el desarrollo de un nuevo modelo de atención socio-sanitaria capaz de dar respuesta a lo que requieren las personas con necesidad de este tipo de atención.</p> <p>Representa el cómo debemos hacer las cosas, la perspectiva interna y de procesos.</p> <p>Los temas clave incluidos dentro de la perspectiva interna y de procesos son la cartera de servicios, la coordinación y la unificación de procesos junto con la eficiencia.</p>	10. Definir una cartera de servicios única.
	11. Desarrollar servicios sociales y sanitarios para la prestación de servicios sociosanitarios.
	12. Planificar conjuntamente.
	13. Unificar la puerta de entrada a los servicios sociosanitarios.
	14. Proporcionar una atención personalizada y de calidad.
	15. Fomentar el trabajo interdisciplinar (en personas y redes de provisión).
16. Mejorar la eficiencia con especial incidencia en el tema costes.	

DESCRIPCIÓN

Aunque en los últimos años se han producido avances en la definición de los servicios sociosanitarios, especialmente en los dirigidos a colectivos concretos como son las personas mayores o las personas con enfermedad mental, todavía hay mucho camino por andar.

Es necesario continuar trabajando en la definición de una cartera de servicios sociosanitarios única y detallada por perfiles que incluya los parámetros básicos, niveles de atención, servicio y recursos, calidad, etc.

Continuar avanzando en el incremento de la cobertura, dentro de niveles de calidad cada vez más ambiciosos, exige continuar desarrollando servicios tanto sociales como sanitarios, incrementando el número de algunos de ellos y desarrollando otros conceptualmente, renovándolos y adaptándolos a las nuevas exigencias.

Esta evolución debe hacerse desde una perspectiva global. Las políticas dirigidas a satisfacer las necesidades de las personas, tanto desde el ámbito social, como del sanitario o sociosanitario deben contemplarse desde la transversalidad y desde la interacción recíproca.

La coexistencia que se produce entre necesidades de asistencia sanitaria y de asistencia social hace que sea imprescindible efectuar la planificación de ambos Sistemas desde una perspectiva global, teniendo en cuenta que las decisiones de intervención en cada uno han de influir en la demanda de servicios y en el desarrollo del otro.

En este sentido y dada la idiosincrasia de la CAPV se han de añadir la multitud de interacciones que se producen fruto de la concurrencia de las distintas administraciones territoriales (Diputaciones Forales y Ayuntamientos), esta situación refuerza la necesidad de la planificación conjunta.

Actualmente, la puerta de entrada de las personas susceptibles de atención sociosanitaria es heterogénea y fruto de ello la atención prestada puede ser diferente en algunos casos.

Es necesario ordenar las funciones de entrada a la atención sociosanitaria dando coherencia y fiabilidad al sistema, mediante la utilización de instrumentos de valoración y derivación únicos, en todos los territorios y para todos los usuarios.

La atención sociosanitaria debe responder a altos niveles de profesionalización sustentados en programas, protocolos y guías que garanticen las actuaciones pertinentes en cada momento.

Por otra parte, los profesionales deben estar concienciados de su papel y preparados y motivados para atender las necesidades sociosanitarias de la población. Por ello, es requisito imprescindible facilitar el desempeño de su labor mediante un amplio conjunto de actuaciones.

Responder de forma adecuada a las necesidades de atención sociosanitaria implica hacerlo de forma coordinada integrando a todos los profesionales que tienen algo que aportar, integrando los servicios sociales, con los sanitarios pero también integrando los servicios primarios y generales con los especializados.

El trabajo interdisciplinar facilita el desarrollo de planes de cuidados integrales que respondan a necesidades complejas y además facilita la previsión de un continuo en la atención, potenciando la coordinación dentro del sistema y la adecuación de la atención dada en cada momento a la variación en las necesidades.

Los planteamientos del desarrollo sociosanitario, presente y futuro, deben satisfacer las necesidades existentes, asegurando el máximo nivel posible de efectividad y eficiencia.

Estos planteamientos requieren el conocimiento exhaustivo de las necesidades y el control detallado de los procesos de actuación de forma que estos siempre sean los adecuados y siempre se desarrollen bajo el consumo de recursos establecido.

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
<p>4. MANTENER EL NIVEL DE EXCELENCIA EN EL FUTURO</p> <p>lo que implica identificar y desarrollar los elementos críticos para ello. Recoge la perspectiva de desarrollo futuro. Desea garantizar la base de éxito futuro y permitirá conseguir el resto de objetivos de forma sostenible. Responde a cómo se debe aprender, innovar y crecer.</p> <p>Los objetivos incluidos en la perspectiva del desarrollo futuro de la atención socio sanitaria en la CAPV vendrán marcados por la prevención, el apoyo a los cuidadores y la apuesta por las nuevas tecnologías.</p>	<p>17. Ahondar en acciones para la prevención y detección precoz del problema.</p>
	<p>18. Apostar por la utilización y la adaptación a las nuevas tecnologías.</p>
	<p>19. Compartir los sistemas de información entre todas las administraciones.</p>
	<p>20. Valorar y formar tanto a los cuidadores formales como a los informales.</p>

DESCRIPCIÓN

La importancia de las actuaciones preventivas en el desarrollo de la atención sociosanitaria obliga al desarrollo de amplias medidas preventivas, de detección y de diagnóstico precoz de las necesidades.

El objetivo es prevenir la aparición de necesidades de atención, al igual que prevenir el empeoramiento de las necesidades y reducir en la medida de lo posible su evolución.

La prevención debe realizarse desde varios niveles: educación, prevención de situaciones de riesgo, detección y diagnóstico temprano, atención eficaz, etc.

La aparición continua de nuevas tecnologías disponibles varía de forma evidente el trabajo de los profesionales en todos los sectores, también en los sistemas de atención sociosanitarios.

Es necesario aprovechar al máximo las oportunidades que brindan los nuevos avances tecnológicos, dotando al sistema de los instrumentos adecuados y preparando a los profesionales para su utilización.

Es necesario desarrollar e impulsar de forma coordinada los sistemas de información comunes necesarios para el adecuado funcionamiento de la atención sociosanitaria en la CAPV mejorará el conocimiento, cuantitativo y cualitativo, de las necesidades y de los procedimientos de atención.

La existencia de un sistema fiable de información, aplicable en toda la Comunidad Autónoma, facilitará la planificación y la atención homogénea y coherente en todo el territorio.

Conviene poner de manifiesto que, dado el importante papel que desempeñan numerosos cuidadores, formales e informales, todos los esfuerzos encaminados a facilitar su labor repercutirán directamente en el desarrollo positivo de todo el sistema, aumentando la calidad última de la atención y fomentando mayores niveles de eficiencia.

Los cuidadores requieren el reconocimiento continuado de la labor que desarrollan y medidas explícitas de apoyo mediante la formación y el soporte necesario en cada momento.

Plan de Acción

El desarrollo de los objetivos generales y específicos se operativiza a través de iniciativas de actuación.

El conjunto de estas iniciativas de actuación es el que configura el Plan de Acción para el desarrollo de la atención sociosanitaria en la CAPV, 2005-2008.

Las iniciativas concretas a realizar, en el País Vasco, en el período 2005-2008, para el desarrollo de la atención sociosanitaria son 30 en total.

Las páginas que aquí siguen se estructuran en 5 pasos:

1. Tabla de iniciativas seleccionadas por perspectiva.
2. Detalle de iniciativas a través de sus elementos principales.
3. Priorización de iniciativas.
4. Cronograma del Plan Estratégico y su Plan de Acción.
5. Esquema de costes del Plan Estratégico y su Plan de Acción.

Finalmente las iniciativas se clasifican en grupos a través de cinco categorías diferentes, según su finalidad:

1. Actuación anual de la oferta.
2. Costes y financiación del sistema.
3. Relación con los usuarios y con la Red Natural.
4. Relación con los Profesionales.
5. Relación con la Red Privada.

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
<p>1. INCREMENTAR LAS PERSONAS ATENDIDAS CON NECESIDADES SOCIOSANITARIAS</p> <p>El diagnóstico hecho y el análisis DAFO realizado, identifican un crecimiento importante de la demanda de servicios sociosanitarios y una dificultad creciente por parte de la red natural de prestación de cuidados para dar respuesta a esta necesidad.</p> <p>Por ello, prever el incremento de la oferta de servicios o incrementar las acciones de apoyo a los cuidadores, se presenta como una acción imprescindible. Recoge en definitiva la perspectiva social.</p> <p>Los objetivos incluidos en la perspectiva social subrayan la importancia de hacer bien las cosas y hacerlas visibles, además de contemplar objetivos financieros que garanticen la viabilidad del sistema.</p>	<p>1. Construir una imagen de valor de la atención sociosanitaria del País Vasco.</p>
	<p>2. Fomentar la creación de un instrumento para la financiación de la cobertura pública de la atención a la dependencia.</p>
	<p>3. Desarrollar y mejorar los sistemas de copago.</p>
	<p>4. Apoyar a la familia y a la sociedad en tanto son proveedores de cuidados.</p>
	<p>5. Lograr un marco de relación estable con la red de provisión privada.</p>
	<p>6. Lograr el equilibrio interterritorial en la oferta de servicios.</p>
	<p>7. Incrementar el número de personas con necesidades sociosanitarias atendidas por el sistema.</p>

INICIATIVA	
	1. Plan anual de comunicación sociosanitaria.
	2. Analizar la posición de los agentes implicados, en la CAPV, en relaciónn a los instrumentos existentes para la cobertura pública de la atención a la dependencia.
	3. Participar en la implantación de un instrumento para la cobertura pública de la atención a la dependencia.
	4. Análisis de la situación actual: estudio y plan de mejora de los sistemas de copago en el País Vasco.
	5. Fomentar el desarrollo de servicios sociosanitarios, ubicando en el ámbito mixto, servicios hasta ahora en el ámbito exclusivamente sanitario.
	6. Programa de apoyo a la familia y a la sociedad en su participación en la provisión de cuidados.
	7. Formación de la red informal de apoyo.
	8. Programas de soporte a los cuidadores informales.
	9. Estudio sobre los intereses, las necesidades y oportunidades del sector privado en el marco de la atención sociosanitaria.
	10. Revisión de los sistemas de contratación con la red de provisión privada.
	11. Desarrollo del mapa anual sobre la oferta sociosanitaria.
	12. Planificación del crecimiento de la oferta sociosanitaria por perfiles y por territorios.
	13. Presentación a aprobación de consenso de los planes de crecimiento.
	14. Desarrollo de servicios sin coste de inversión inicial y sin período de maduración.

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
<p>2. LOGRAR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD QUE PROPORCIONE LA MÁXIMA SATISFACCIÓN A USUARIOS Y FAMILIAS</p> <p>Este nuevo desarrollo de la atención socio sanitaria en el País Vasco, quiere conseguir la máxima satisfacción de todos aquellos a los que se dirige.</p> <p>Para ello, se plantea objetivos concretos y iniciativas que promuevan la calidad y proporcionen elementos de mejora continua que abarcan:</p> <ul style="list-style-type: none">— la mejora y el desarrollo de los servicios,— la prestación de una atención personalizada y de calidad,— la mejora de la eficiencia,— la implicación interdisciplinar de los profesionales que intervienen. <p>Recoge la perspectiva de las personas con necesidades socio sanitarias, de los receptores directos de la atención.</p> <p>Los objetivos incluidos en esta perspectiva se centran en la necesidad de realizar un serio esfuerzo en la cobertura y atención de las necesidades, especialmente en determinados colectivos y en la necesidad de hacerlo de forma que satisfaga a usuarios y familiares.</p>	<p>8. Priorizar la atención en función de las necesidades, teniendo en cuenta el volumen y el impacto social.</p> <hr/> <p>9. Lograr la satisfacción de usuarios y familias.</p>

INICIATIVA

15. Priorizar los recursos destinados a personas mayores y enfermedad mental.

7. Formación de la red informal de apoyo.

8. Programas de soporte a los cuidadores informales.

16. Encuesta anual de satisfacción en la atención sociosanitaria.

17. Creación de órganos de participación vinculados directamente a programas o servicios concretos.

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
<p>3. CONSEGUIR UN SISTEMA DE ATENCIÓN ÚNICO Y COMPARTIDO ENTRE LAS DOS REDES DE SERVICIOS: LA SOCIAL Y LA SANITARIA</p> <p>La atención socio sanitaria no es más que la confluencia de la actividad de atención que desarrollan la red social y la red sanitaria.</p> <p>Entender a la persona que recibe o precisa este tipo de atención como el centro de la confluencia de ambos sistemas requiere desarrollar instrumentos de gestión que permitan hacerlo efectivo.</p> <p>Así, definir y gestionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> — un sistema de acceso único, — una cartera de servicios única, — un sistema de información compartido, — una planificación conjunta <p>va a permitir el desarrollo de un nuevo modelo de atención socio sanitaria capaz de dar respuesta a lo que requieren las personas con necesidad de este tipo de atención.</p> <p>Representa el cómo debemos hacer las cosas, la perspectiva interna y de procesos.</p> <p>Los temas clave incluidos dentro de la perspectiva interna y de procesos son la cartera de servicios, la coordinación y la unificación de procesos junto con la eficiencia.</p>	<p>10. Definir una cartera de servicios única.</p>
	<p>11. Desarrollar servicios sociales y sanitarios para la prestación de servicios socio sanitarios.</p>
	<p>12. Planificar conjuntamente.</p>
	<p>13. Unificar la puerta de entrada a los servicios socio sanitarios.</p>
	<p>14. Proporcionar una atención personalizada y de calidad.</p>
	<p>15. Fomentar el trabajo interdisciplinar (en personas y redes de provisión).</p>
<p>16. Mejorar la eficiencia con especial incidencia en el tema costes.</p>	

INICIATIVA	
	18. Definición de la cartera de servicios sociosanitaria en el País Vasco.
	19. Búsqueda conjunta de financiación.
	11. Desarrollo del mapa anual sobre la oferta sociosanitaria.
	12. Planificación del crecimiento de la oferta sociosanitaria por perfiles y por territorios.
	13. Presentación a aprobación de consenso de los planes de crecimiento.
	19. Búsqueda conjunta de financiación.
	20. Implantar un Sistema de valoración y derivación único en todos los territorios y para todos los usuarios.
	21. Formación a los profesionales.
	22. Adopción de protocolos de actuación.
	23. Involucrar equipos interdisciplinarios en las principales iniciativas seleccionadas: cuidadores informales, puerta única, calidad, cartera de servicios, campaña anual de comunicación sociosanitaria, etc.
	24. Estudio de costes y recursos medios para cada elemento definido de la cartera de servicios.
	25. Desarrollo directo e indirecto de los sistemas de financiación por perfiles.
	26. Elaboración de planes de mejora de la eficiencia.

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
<p>4. MANTENER EL NIVEL DE EXCELENCIA EN EL FUTURO</p> <p>lo que implica identificar y desarrollar los elementos críticos para ello. Recoge la perspectiva de desarrollo futuro. Desea garantizar la base de éxito futuro y permitirá conseguir el resto de objetivos de forma sostenible. Responde a cómo se debe aprender, innovar y crecer.</p> <p>Los objetivos incluidos en la perspectiva del desarrollo futuro de la atención socio sanitaria en la CAPV vendrán marcados por la prevención, el apoyo a los cuidadores y la apuesta por las nuevas tecnologías.</p>	<p>17. Ahondar en acciones para la prevención y detección precoz del problema.</p>
	<p>18. Apostar por la utilización y la adaptación a las nuevas tecnologías.</p>
	<p>19. Compartir los sistemas de información entre todas las administraciones.</p>
	<p>20. Valorar y formar tanto a los cuidadores formales como a los informales.</p>

INICIATIVA

21. Formación a los profesionales.

27. Desarrollo de acciones de divulgación/información /formación para detección precoz.

28. Mejorar los canales de comunicación de los profesionales más comunitarios (Atención Primaria y Servicios Sociales de base de Ayuntamientos) con el resto del sistema y entre ellos.

29. Evaluación y selección de programas específicos para centros sociosanitarios y de otros avances tecnológicos.

30. Plan de sistemas de información y comunicación sociosanitaria.

7. Formación de la red informal de apoyo.

8. Programas de soporte a los cuidadores informales.

16. Encuesta anual de satisfacción en la atención sociosanitaria.

17. Creación de órganos de participación vinculados directamente a programas o servicios concretos, no general.

Detalle de iniciativas a través de sus elementos principales

6

OBJETIVO GENERAL 1: INCREMENTAR LAS PERSONAS ATENDIDAS CON NECESIDADES SOCIOSANITARIAS

Objetivo Específico 1: Construir una imagen de valor de la atención sociosanitaria del País Vasco

INICIATIVA 1: PLAN ANUAL DE COMUNICACIÓN SOCIOSANITARIA

Objetivos:

- Transmitir los parámetros básicos en cuanto a actuaciones y principios de actuación de la actividad socio-sanitaria en el País Vasco.
- Crear una imagen de notoriedad de la atención sociosanitaria en la CAPV.

Acciones:

- Definición del Plan (target, mensajes y acciones).
- Memoria de actuación sociosanitaria:
 - Determinar la estructura de apartados mínimos (MAPA, principios, prioridades, difusión del conocimiento, formación, costes, relaciones institucionales, etc).
 - Desarrollo de documentación y soportes varios necesarios.
 - Difusión.
- Acciones de comunicación determinadas: prensa, jornadas, etc.

Objetivo Específico 2:
Fomentar la creación de un instrumento para la financiación de la cobertura pública de la atención a la dependencia

INICIATIVA 2: ANALIZAR LA POSICIÓN DE LOS AGENTES IMPLICADOS, EN LA CAPV, EN RELACIÓN A LOS INSTRUMENTOS EXISTENTES PARA LA COBERTURA PÚBLICA DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Objetivos:

- Prepararse para poder llevar una posición pro-activa en las acciones referentes a la cobertura pública de la dependencia.

Acciones:

- Recogida de la información disponible sobre las propuestas de cobertura pública de la dependencia (concepto, alternativas, impacto, etc).
- Recopilación de la opinión de los diversos agentes implicados a nivel autonómico.
- Valoración del nivel de conocimiento y medidas necesarias para mejorarlo.

INICIATIVA 3: PARTICIPAR EN LA IMPLANTACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA COBERTURA PÚBLICA DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Objetivos:

- Participar en las acciones para impulsar el desarrollo de un instrumento de cobertura pública de la dependencia.

Acciones:

- Reuniones institucionales de consenso en la CAPV.
- Participación en comisiones de trabajo estatales.
- Desarrollo y presentación de propuestas.
- Campañas de comunicación en los medios.
- Acuerdos de colaboración.

Objetivo Específico 3:
Desarrollar y mejorar los sistemas de copago

INICIATIVA 4: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL: ESTUDIO Y PLAN DE MEJORA DE LOS SISTEMAS DE COPAGO EN EL PAÍS VASCO

Objetivos:

- Conocer el copago real existente, las deficiencias del sistema y mejorar la capacidad de financiación garantizando la equidad y la eficiencia.

Acciones:

- Recogida y explotación de la información disponible por perfiles y por servicios.
- Grupos de trabajo para analizar los puntos débiles y perspectivas de mejora.
- Propuestas de planes de mejora.

INICIATIVA 5: FOMENTAR EL DESARROLLO DE SERVICIOS SOCIO SANITARIOS, UBICANDO EN EL ÁMBITO MIXTO, SERVICIOS HASTA AHORA EN EL ÁMBITO EXCLUSIVAMENTE SANITARIO

Objetivos:

- Extender el ámbito socio sanitario, de carácter mixto, facilitando así la sostenibilidad del sistema.

Acciones:

- Priorizar los servicios socio sanitarios desde la gestión de servicios sociales.
- Determinar servicios sanitarios potencialmente ubicables en el ámbito socio sanitario.
- Acuerdos puntuales.
- Regulación jurídica y ajustes presupuestarios.

Objetivo Específico 4:

Apoyar a la familia y a la sociedad en tanto son provisoros de cuidados

INICIATIVA 6: PROGRAMA DE APOYO A LA FAMILIA Y A LA SOCIEDAD EN SU PARTICIPACIÓN EN LA PROVISIÓN DE CUIDADOS

Objetivos:

- Fomentar el apoyo del voluntariado a la familia y la sociedad en tanto son provisoros de cuidados.

Acciones:

- Planificación anual de actividades.
- Edición de folletos de sensibilización a favor del cuidador informal y de fomento del voluntariado.
- Desarrollo de campañas en medios de comunicación.
- Jornadas en instituciones, asociaciones, colegios, etc.
- Subvenciones y premios al voluntariado.
- Acuerdos con instituciones no lucrativas.
- Difusión institucional sobre la actividad anual, presentación ante el CVAS.

INICIATIVA 7: FORMACIÓN DE LA RED INFORMAL DE APOYO

Objetivos:

- Incrementar la preparación de los cuidadores informales para dar una atención de calidad, mejorar la atención de las personas susceptibles de atención socio sanitaria y reducir la carga psicológica de cuidadores y familiares.

Acciones:

- Planificación anual de actividades.
- Edición de folletos de formación al cuidador.
- Cursos de formación.
- Difusión institucional sobre la actividad anual, presentación ante el CVAS.

INICIATIVA 8: PROGRAMAS DE SOPORTE A LOS CUIDADORES INFORMALES

Objetivos:

- Incrementar los cuidados dados desde la red informal y reducir la carga psicológica de cuidadores y familiares.

Acciones:

- Ofertar servicios de apoyo psicológico, sesiones individuales, sesiones de grupo, ayuda telefónica, etc. (Programa Sendian y similares de las Diputaciones Forales).
- Facilitar servicios de respiro flexibles.
- Formación de grupos de autoayuda.
- Difusión institucional sobre la actividad anual, presentación ante el CVAS.
- Planificación anual de actividades por territorio.

Objetivo Específico 5:

Lograr un marco de relación estable con la red de provisión privada

INICIATIVA 9: ESTUDIO SOBRE LOS INTERESES, LAS NECESIDADES Y OPORTUNIDADES DEL SECTOR PRIVADO EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Objetivos:

- Conocer mejor al sector privado para poder mejorar las relaciones con el mismo.

Acciones:

- Establecer los objetivos y su alcance.
- Desarrollo de un estudio.
- Difusión institucional.

INICIATIVA 10: REVISIÓN DE LOS SISTEMAS DE CONTRATACIÓN CON LA RED DE PROVISIÓN PRIVADA

Objetivos:

- Adecuar los sistemas de contratación a las necesidades del sector privado y a las exigencias de una atención socio sanitaria sostenible y de calidad.

Acciones:

- Establecer objetivos.
- Acuerdos piloto.
- Extensión de formulas adoptadas.

Objetivo Específico 6:
Lograr el equilibrio interterritorial en la oferta de servicios

INICIATIVA 11: DESARROLLO DEL MAPA ANUAL SOBRE LA OFERTA SOCIO SANITARIA

Objetivos:

- Determinar la oferta socio sanitaria existente en la CAPV con detalle de cobertura por perfiles y cobertura territorial.

Acciones:

- Recopilación de datos.
- Desarrollo del MAPA.
- Difusión institucional.

INICIATIVA 12: PLANIFICACIÓN DEL CRECIMIENTO DE LA OFERTA SOCIO SANITARIA POR PERFILES Y POR TERRITORIOS

Objetivos:

- Desarrollar servicios para atender a las personas con necesidades socio sanitarias mediante la planificación conjunta y buscando el equilibrio interterritorial en la oferta de servicios.

Acciones:

- Elaboración y discusión de propuestas.
- Acuerdo sobre el número de servicios socio sanitarios a dar en cada territorio y para cada perfil definido.
- Establecer los sistemas organizativos y de financiación necesarios.
- Aprobación.

INICIATIVA 13: PRESENTACIÓN A APROBACIÓN DE CONSENSO DE LOS PLANES DE CRECIMIENTO

Objetivos:

- Supeditar la planificación del crecimiento de la oferta socio sanitaria al acuerdo de las instituciones, para lograra un alto grado de consenso en las actuaciones y buscar el equilibrio interterritorial.

Acciones:

- Recogida de propuestas de planificación del crecimiento de la oferta socio sanitaria por perfiles y por territorios.
- Discusión institucional.
- Aprobación.

Objetivo Específico 7:

Incrementar el número de personas con necesidades sociosanitarias atendidas por el sistema

INICIATIVA 14: DESARROLLO DE SERVICIOS SIN COSTE DE INVERSIÓN INICIAL Y SIN PERÍODO DE MADURACIÓN

Objetivos:

- Identificar y priorizar la utilización de servicios que ayuden a reducir los costes y a dar una rápida respuesta a las necesidades de atención sociosanitaria, incrementando la cobertura.

Acciones:

- Definir los servicios sin coste de inversión.
- Difusión institucional.
- Planificar objetivos por perfil y por territorio, e incluirlo en la planificación anual de la oferta.
- Implantación de servicios.

OBJETIVO GENERAL 2:

LOGRAR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD QUE PROPORCIONE LA MÁXIMA SATISFACCIÓN A USUARIOS Y FAMILIAS

Objetivo Específico 8:

Priorizar la atención en función de las necesidades, teniendo en cuenta el volumen y el impacto social

INICIATIVA 15: PRIORIZAR LOS RECURSOS DESTINADOS A PERSONAS MAYORES Y ENFERMEDAD MENTAL

Objetivos:

- Priorizar la atención a personas mayores y con enfermedad mental en función de las necesidades, teniendo en cuenta el volumen y el impacto social.

Acciones:

- Establecer los recursos de atención necesarios.
- Establecer los objetivos de cobertura y los recursos destinados con una imputación proporcional a personas mayores y personas con enfermedad mental superior a la distribución según necesidades.

Objetivo Específico 9:

Lograr la satisfacción de usuarios y familias

INICIATIVA 7: FORMACIÓN DE LA RED INFORMAL DE APOYO

Común a Objetivo Específico 4

INICIATIVA 8: PROGRAMAS DE SOPORTE A LOS CUIDADORES INFORMALES

Común a Objetivo Específico 4

INICIATIVA 16: ENCUESTA ANUAL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Objetivos:

- Conocer la opinión de usuarios y familiares de la atención socio sanitaria en la CAPV para poder implantar la mejora continua.

Acciones:

- Desarrollo del modelo de encuesta de satisfacción.
- Aprobación del modelo.
- Desarrollo de la encuesta.
- Explotación de resultados.
- Difusión institucional.

INICIATIVA 17: CREACIÓN DE ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN VINCULADOS DIRECTAMENTE A PROGRAMAS O SERVICIOS CONCRETOS

Objetivos:

- Incrementar la satisfacción de usuarios y familias y lograr una atención más personalizada y más cercana a las necesidades y preferencias reales de los usuarios.

Acciones:

- Consensuar las funciones y competencias de dichos órganos.
- Crear órganos de participación en todos los servicios socio sanitarios.
- Periodificar y formalizar las reuniones.
- Formalizar los canales de comunicación.

OBJETIVO GENERAL 3: CONSEGUIR UN SISTEMA DE ATENCIÓN ÚNICO Y COMPARTIDO ENTRE LAS DOS REDES DE SERVICIOS: LA SOCIAL Y LA SANITARIA

Objetivo Específico 10: Definir una cartera de servicios única

INICIATIVA 18: DEFINICIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS SOCIO SANITARIA EN EL PAÍS VASCO

Objetivos:

- Determinar con exactitud (definición, recursos, usuarios, etc.) los servicios de atención socio sanitaria.

Acciones:

- Determinar forma de trabajo perfil / recurso.
- Responsabilizar a un grupo de trabajo por perfil definido o por recurso.
- Envío de las propuestas de cartera de servicios de cada grupo.
- Trabajo de homogenización de la cartera de servicios de todos los perfiles.
- Aprobación definitiva y difusión institucional.

Objetivo Específico 11:

Desarrollar servicios sociales y sanitarios para la prestación de servicios sociosanitarios

INICIATIVA 19: BÚSQUEDA CONJUNTA DE FINANCIACIÓN

Objetivos:

- Unificar la acción dirigida a obtener mayores recursos para financiar las necesidades de atención sociosanitaria.

Acciones:

- Reuniones interinstitucionales.
- Definición de objetivos y planes de acción conjuntos.
- Acuerdos puntuales.
- Preparación de informes y material de soporte.
- Propuestas conjuntas previas a las aprobaciones de presupuestos.

Objetivo Específico 12:

Planificar conjuntamente

INICIATIVA 11: DESARROLLO DEL MAPA ANUAL SOBRE LA OFERTA SOCIO SANITARIA

Común a Objetivo Específico 6

INICIATIVA 12: PLANIFICACIÓN DEL CRECIMIENTO DE LA OFERTA SOCIO SANITARIA POR PERFILES Y POR TERRITORIOS

Común a Objetivo Específico 6

INICIATIVA 13: PRESENTACIÓN A APROBACIÓN DE CONSENSO DE LOS PLANES DE CRECIMIENTO

Común a Objetivo Específico 6

INICIATIVA 19: BÚSQUEDA CONJUNTA DE FINANCIACIÓN

Común a Objetivo Específico 11

Objetivo Específico 13:

Unificar la puerta de entrada a los servicios sociosanitarios

INICIATIVA 20: IMPLANTAR UN SISTEMA DE VALORACIÓN Y DERIVACIÓN ÚNICO EN TODOS LOS TERRITORIOS Y PARA TODOS LOS USUARIOS

Objetivos:

- Unificar la puerta de entrada a los servicios sociosanitarios.
- Utilización de sistemas de valoración y derivación únicos.

Acciones:

- Contratar el sistema RAI III para el CVAS y los tres territorios históricos.
- Formar a los equipos de valoración.
- Protocolizar el sistema de valoración y el funcionamiento de los equipos de valoración.
- Implantar el sistema RAI III en los tres territorios.

Objetivo Específico 14:
Proporcionar una atención personalizada y de calidad

INICIATIVA 21: FORMACIÓN A LOS PROFESIONALES

Objetivos:

- Mejorar los conocimientos de los profesionales vascos para poder incrementar las acciones de prevención y de detección precoz y para poder proporcionar una atención personalizada y de calidad, incrementando la motivación de los mismos.

Acciones:

- Estudio de necesidades.
- Planificación anual de actividades.
- Edición de folletos de formación.
- Cursos de formación.

INICIATIVA 22: ADOPCIÓN DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

Objetivos:

- Garantizar los niveles mínimos de calidad en la atención de forma homogénea en cualquier servicio de atención sociosanitaria. Los objetivos deben ser plausibles y asimilados por los profesionales.

Acciones:

- Análisis de las necesidades y fijación de objetivos.
- Determinar los Grupos de Trabajo.
- Desarrollo de Protocolos o adopción de existentes.
- Comunicación formal a todas las personas implicadas en la aplicación de cada protocolo.
- Determinación de un responsable de seguimiento de cada protocolo y de la denuncia de su incumplimiento.
- Revisión periódica de protocolos.

Objetivo Específico 15:
Fomentar el trabajo interdisciplinar (en personas y redes de provisión)

INICIATIVA 23: INVOLUCRAR EQUIPOS INTERDISCIPLINARES EN LAS PRINCIPALES INICIATIVAS SELECCIONADAS (CUIDADORES INFORMALES, PUERTA ÚNICA, CALIDAD, CARTERA DE SERVICIOS, CAMPAÑA ANUAL DE COMUNICACIÓN SOCIO SANITARIA, ETC.)

Objetivos:

- Fomentar el trabajo interdisciplinar como medio de incrementar la calidad en la atención y la implicación de los profesionales.

Acciones:

- Estudio de los posibles grupos.
- Determinación de miembros.
- Determinar funciones, periodicidad y formalización de las reuniones.

Objetivo Específico 16:
Mejorar la eficiencia con especial incidencia en el tema costes

INICIATIVA 24: ESTUDIO DE COSTES Y RECURSOS MEDIOS PARA CADA ELEMENTO DEFINIDO DE LA CARTERA DE SERVICIOS

Objetivos:

- Determinar el coste asociado a cada servicio para incrementar la eficiencia de gestión y mejorar los sistemas de financiación.

Acciones:

- Establecer los objetivos y su alcance.
- Desarrollo de estudios.
- Difusión institucional.

INICIATIVA 25: DESARROLLO DIRECTO E INDIRECTO DE LOS SISTEMAS DE FINANCIACIÓN POR PERFILES

Objetivos:

- Control de costes y adecuación del sistema de financiación a los costes reales soportados por las entidades prestadoras de servicios.

Acciones:

- Actualización periódica de los estudios de costes por perfiles.
- Acuerdos puntuales de compra de servicios para perfiles específicos.
- Expansión de los acuerdos piloto.
- Revisión periódica de puntos débiles y adaptación de los acuerdos.

INICIATIVA 26: ELABORACIÓN DE PLANES DE MEJORA DE LA EFICIENCIA

Objetivos:

- Mejorar la eficiencia incrementando la calidad y los resultados con los recursos existente.

Acciones:

- Fijación de líneas estratégicas de acción por temas (recursos humanos, procesos, calidad, etc).
- Grupos de trabajo por líneas.
- Desarrollo de planes de mejora.
- Evaluación de resultados y difusión.

**OBJETIVO GENERAL 4:
MANTENER EL NIVEL DE EXCELENCIA EN EL FUTURO**

**Objetivo Específico 17:
Ahondar en acciones para la prevención y detección precoz del problema**

INICIATIVA 21: FORMACIÓN A LOS PROFESIONALES

Común a Objetivo Específico 14

INICIATIVA 27: DESARROLLO DE ACCIONES DE DIVULGACIÓN / INFORMACIÓN / FORMACIÓN PARA DETECCIÓN PRECOZ

Objetivos:

- Incrementar la prevención de problemas sociosanitarios evitando posible complicaciones o mejorando la capacidad de acción, mediante campañas dirigidas a la población general.

Acciones:

- Fijación de objetivos anuales.
- Edición de folletos de información / formación.
- Desarrollo de campañas en medios de comunicación.
- Jornadas en instituciones, asociaciones, colegios, etc.

INICIATIVA 28: MEJORAR LOS CANALES DE COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES MÁS COMUNITARIOS (ATENCIÓN PRIMARIA Y SERVICIOS SOCIALES DE BASE DE AYUNTAMIENTOS) CON EL RESTO DEL SISTEMA Y ENTRE ELLOS

Objetivos:

- Facilitar el acceso entre profesionales mejorando las acciones de prevención y la implicación y colaboración profesional.

Acciones:

- Formalizar los interlocutores.
- Formalización de los canales de comunicación.
- Fijación de reuniones periódicas.
- Elaboración de boletines informativos interinstitucionales.

**Objetivo Específico 18:
Apostar por la utilización y la adaptación a las nuevas tecnologías**

INICIATIVA 29: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA CENTROS SOCIO SANITARIOS Y DE OTROS AVANCES TECNOLÓGICOS

Objetivos:

- Apostar por la utilización y la adaptación a las nuevas tecnologías.

Acciones:

- Recopilar información sobre todos los programas existentes en el sector y sobre otros avances técnicos.
- Evaluación y selección de los más adecuados a las necesidades vascas.
- Difusión institucional.
- Acuerdos institucionales con proveedores.

Objetivo Específico 19:
Compartir los sistemas de información entre todas las administraciones

INICIATIVA 30: PLAN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN SOCIO SANITARIA

Objetivos:

- Compartir los sistemas de información entre todas las administraciones y mejorar la fluidez de la comunicación.

Acciones:

- Establecer los objetivos y su alcance.
- Desarrollo Plan de sistemas.
- Difusión institucional.
- Implantación.

Objetivo Específico 20:
Valorar y formar a los cuidadores formales y a los cuidadores informales

INICIATIVA 7: FORMACIÓN DE LA RED INFORMAL DE APOYO

Común a Objetivo Específico 4

INICIATIVA 8: PROGRAMAS DE SOPORTE A LOS CUIDADORES INFORMALES

Común a Objetivo Específico 4

INICIATIVA 16: ENCUESTA ANUAL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Común a Objetivo Específico 9

INICIATIVA 17: CREACIÓN DE ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN VINCULADOS DIRECTAMENTE A PROGRAMAS O SERVICIOS CONCRETOS, NO GENERAL

Común a Objetivo Específico 9

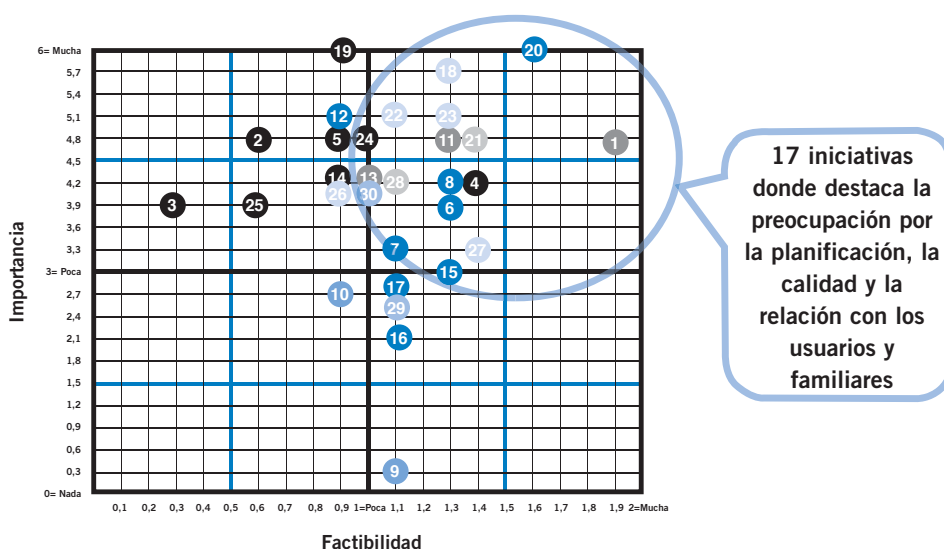
Priorización de las iniciativas seleccionadas

Para priorizar las 30 iniciativas identificadas, se ha realizado una matriz que relaciona las variables: importancia y factibilidad.

- El eje importancia está directamente relacionado con la necesidad de la acción para el desarrollo óptimo de la atención sociosanitaria en la CAPV.
- El eje factibilidad está directamente relacionado con las complicaciones existentes para su realización ya sean económicas, institucionales, técnicas, etc.

Hemos considerado que las dos variables no tienen la misma validez para el desarrollo del Plan puesto que uno de ellos, la factibilidad, puede modificarse aumentando su viabilidad por la adopción de ciertas medidas que pueden estar al alcance de los responsables del Plan. La importancia de una iniciativa, por el contrario, resulta, poco menos, que inamovible. En consecuencia y teniendo en cuenta que lo más relevante es que una iniciativa sea importante, sin ignorar su viabilidad, hemos ponderado el eje importancia como 3 y el eje de factibilidad como 1. El orden de priorización de las 30 iniciativas figura en el cuadro adjunto.

De las 30 iniciativas, 17 han superado los 5,3 puntos por lo que se han considerado de especial interés para el desarrollo del Plan Estratégico.



Esta priorización, fue consensuada por todos los miembros del comité de seguimiento que representaba a todas las instituciones competentes en la materia.

PRIORIZACIÓN	INICIATIVAS ORDENADAS POR PRIORIDAD		OBJETIVO ESPECÍFICO	PUNTUACIÓN MEDIA		PUNTUACIÓN PONDERADA
	Nº	DESCRIPCIÓN		I	F	
1	20	Implantar un Sistema de valoración y derivación único en todos los territorios y para todos los usuarios.	13	2,0	1,6	7,6
2	18	Definición de la cartera de servicios socio sanitaria en el País Vasco.	10	1,9	1,3	6,9
3	19	Búsqueda conjunta de financiación.	11	2,0	0,9	6,6
4	1	Plan anual de comunicación socio sanitaria.	1	1,6	1,9	6,6
5	23	Involucrar equipos interdisciplinarios en las principales iniciativas seleccionadas: cuidadores informales, puerta única, calidad, cartera de servicios, campaña anual de comunicación socio sanitaria.	15	1,7	1,3	6,4
6	22	Adopción de protocolos de actuación.	14	1,7	1,1	6,3
7	21	Formación a los profesionales.	14	1,6	1,4	6,1
8	11	Desarrollo del mapa anual sobre la oferta socio sanitaria.	6	1,6	1,3	6,0
9	12	Planificación del crecimiento de la oferta socio sanitaria por perfiles y por territorios.	6	1,7	0,9	6,0
10	4	Análisis de la situación actual: estudio y plan de mejora de los sistemas de copago en el País Vasco.	3	1,4	1,4	5,7
11	24	Estudio de costes y recursos medios para cada elemento definido de la cartera de servicios.	16	1,6	1,0	5,7
12	5	Fomentar el desarrollo de servicios socio sanitarios, ubicando en el ámbito mixto, servicios hasta ahora en el ámbito exclusivamente sanitario.	3	1,6	0,9	5,6
13	8	Programas de soporte a los cuidadores informales.	4	1,4	1,3	5,6
14	28	Mejorar los canales de comunicación de los profesionales más comunitarios (Atención Primaria y Servicios Sociales de base de Ayuntamientos) con el resto del sistema y entre ellos.	17	1,4	1,1	5,4
15	2	Analizar la posición de los agentes implicados, en la CAPV, en relación a los instrumentos existentes para la cobertura pública de la atención a la dependencia.	2	1,6	0,6	5,3
16	13	Presentación a aprobación de consenso de los planes de crecimiento.	6	1,4	1,0	5,3
17	30	Plan de sistemas de información y comunicación socio sanitaria.	19	1,4	1,0	5,3
18	6	Programa de apoyo a la familia y a la sociedad en su participación en la provisión de ciudadanos.	4	1,3	1,3	5,1
19	14	Desarrollo de servicios sin coste de inversión inicial y sin período de maduración.	7	1,4	0,9	5,1
20	26	Elaboración de planes de mejora de la eficiencia.	16	1,4	0,9	5,1
21	27	Desarrollo de acciones de divulgación / información / formación para detección precoz.	17	1,1	1,4	4,9
22	7	Formación de la red informal de apoyo.	20	1,1	1,1	4,6
23	25	Desarrollo directo e indirecto de los sistemas de financiación por perfiles.	4	1,3	0,6	4,4
24	15	Priorizar los recursos destinados a personas mayores y enfermedad mental.	8	1,0	1,3	4,3
25	3	Participar en la implantación de un instrumento para la cobertura pública de la atención a la dependencia.	2	1,3	0,3	4,1
26	17	Creación de órganos de participación vinculados directamente a programas o servicios concretos.	9	0,9	1,1	3,7
27	29	Evaluación y selección de programas específicos para centros socio sanitarios y de otros avances tecnológicos.	18	0,9	1,1	3,7
28	10	Revisión de los sistemas de contratación con la red de provisión privada.	5	0,9	1,1	3,4
29	16	Encuesta anual de satisfacción en la atención socio sanitaria.	9	0,7	1,1	3,3
30	6	Estudio sobre los intereses, las necesidades y oportunidades del sector privado en el marco de la atención socio sanitaria.	5	0,1	1,1	1,6

NOTA: Priorización= Importancia *3 + Factibilidad.

Cronograma del Plan de Acción



Nº INICIATIVA	ORDEN DE PRIORIZACIÓN	TIPOS DE INICIATIVAS	PERIODO DE EJECUCIÓN			
			2005	2006	2007	2008
20	1	Implantar un Sistema de valoración y derivación único en todos los territorios y para todos los usuarios.	■			
18	2	Definición de la cartera de servicios sociosanitaria en el País Vasco.	■			
19	3	Búsqueda conjunta de financiación.	■	■	■	■
1	4	Plan anual de comunicación sociosanitaria.	■	■	■	■
23	5	Involucrar equipos interdisciplinarios en las principales iniciativas seleccionadas: cuidadores informales, puerta única, calidad, cartera de servicios, campaña anual de comunicación sociosanitaria.	■	■	■	■
22	6	Adopción de protocolos de actuación.	■	■	■	■
21	7	Formación a los profesionales.	■	■	■	■
11	8	Desarrollo del mapa anual sobre la oferta sociosanitaria.	■	■	■	■
12	9	Planificación del crecimiento de la oferta sociosanitaria por perfiles y por territorios.	■	■	■	■
4	10	Análisis de la situación actual: estudio y plan de mejora de los sistemas de copago en el País Vasco.	■			
24	11	Estudio de costes y recursos medios para cada elemento definido de la cartera de servicios.	■			
5	12	Fomentar el desarrollo de servicios sociosanitarios, ubicando en el ámbito mixto, servicios hasta ahora en el ámbito exclusivamente sanitario.	■	■	■	■
8	13	Programas de soporte a los cuidadores informales.	■	■	■	■
28	14	Mejorar los canales de comunicación de los profesionales más comunitarios (Atención Primaria y Servicios Sociales de base de Ayuntamientos) con el resto del sistema y entre ellos.				
2	15	Analizar la posición de los agentes implicados, en la CAPV, en relación a los instrumentos existentes para la cobertura pública de la atención a la dependencia.	■			
13	16	Presentación a aprobación de consenso de los planes de crecimiento.	■	■	■	■
30	17	Plan de sistemas de información y comunicación sociosanitaria.	■	■		
6	18	Programa de apoyo a la familia y a la sociedad en su participación en la provisión de cuidados.	■	■	■	■
14	19	Desarrollo de servicios sin coste de inversión inicial y sin período de maduración.		■	■	■

.../...

.../...

Nº INICIATIVA	ORDEN DE PRIORIZACIÓN	TIPOS DE INICIATIVAS	PERIODO DE EJECUCIÓN			
			2005	2006	2007	2008
26	20	Elaboración de planes de mejora de la eficiencia.				
27	21	Desarrollo de acciones de divulgación / imformación / formación para detección precoz.				
7	22	Formación de la red informal de apoyo.				
25	23	Desarrollo directo e indidecto de los sistemas de financiación por perfiles.				
15	24	Priorizar los recursos destinados a personas mayores y enfermedad mental.				
3	25	Participar en la implantación de un instrumento para la cobertura pública de la atención a la dependencia.				
17	26	Creación de órganos de participación vinculados directamente a programas o servicios concretos.				
29	27	Evaluación y selección de programas específicos para centros sociosanitarios y de otros avances tecnológicos.				
10	28	Revisión de los sistemas de contratación con la red de provisión privada.				
16	29	Encuesta anual de satisfacción en la atención sociosanitaria.				
6	30	Estudio sobre los intereses, las necesidades y oportunidades del sector privado en el marco de la atención sociosanitaria.				

Esquema de costes del Plan de Acción

Nº	TIPOS DE INICIATIVAS	RR.HH. IMPLICADOS	COSTE EN (MILES €)									
			2005		2006		2007		2008			
			I	F	I	F	I	F	I	F		
1	Plan anual de comunicación sociosanitaria.	- 1 responsable técnico con dedicación puntual 9 meses y completa 3 meses.		33		33		33		33		
2	Analizar la posición de los agentes implicados, en la CAPV, en relación a los instrumentos existentes para la cobertura pública de la atención a la dependencia.	- Coordinadores SS. - 3 reuniones anuales de 4h.										
3	Participar en la implantación de un instrumento para la cobertura pública de la atención a la dependencia.	- Grupo de trabajo 8-10 personas con 6-8 reuniones. - Dedicación parcial de 1 profesional.						6				
4	Análisis de la situación actual: estudio y plan de mejora de los sistemas de copago en el País Vasco.	- Grupo de trabajo. - 6-8 reuniones anuales de 4h.										
5	Fomentar el desarrollo de servicios sociosanitarios, ubicando en el ámbito mixto, servicios hasta ahora en el ámbito exclusivamente sanitario.	- Grupo de trabajo. - 6-8 reuniones anuales de 4h.										
6	Programa de apoyo a la familia y a la sociedad en su participación en la provisión de cuidados.	- Coordinadores SS. - 4 reuniones anuales de 4h.		66		66		66		66		
7	Formación de la red informal de apoyo.	- Coordinadores SS. - 1 reunión anual de 4h.				28		28		28		
8	Programas de soporte a los cuidadores informales.	- Coordinadores SS. - 1 reunión anual de 4h.		84		84		84		84		
9	Estudio sobre los intereses, las necesidades y oportunidades del sector privado en el marco de la atención sociosanitaria.	- No aplicable.										150
10	Revisión de los sistemas de contratación con la red de provisión privada.	- 10 responsables institucionales. - 2-6 reuniones anuales de 4h.										
11	Desarrollo del mapa anual sobre la oferta sociosanitaria.	- 1 Profesional con dedicación completa 2 meses.										
12	Planificación del crecimiento de la oferta sociosanitaria por perfiles y por territorios.	- 8 responsables institucionales. - 2-6 reuniones anuales de 4h.										
13	Presentación a aprobación de consenso de los planes de crecimiento.	- Coordinadores SS. - 2 reuniones anuales de 3h.										
14	Desarrollo de servicios sin coste de inversión inicial y sin periodo de maduración.	- Grupo de trabajo. - 6-8 reuniones anuales de 4h.										
15	Priorizar los recursos destinados a personas mayores y enfermedad mental.	- Grupo de trabajo. - 6-8 reuniones anuales de 4h.										
16	Encuesta anual de satisfacción en la atención socio-sanitaria.	- No aplicable.										120
17	Creación de órganos de participación vinculados directamente a programas o servicios concretos.	- No aplicable.										
18	Definición de la cartera de servicios sociosanitaria en el País Vasco.	- Grupos de trabajo. - 6-10 reuniones anuales de 4h.										
19	Búsqueda conjunta de financiación.	- Grupo de trabajo. - 3 reuniones anuales de 4h.										
20	Implantar un Sistema de valoración y derivación único en todos los territorios y para todos los usuarios.	- Incremento de 5.000h./médico para evaluaciones. - Incremento de 6.667h./admin. para introducción de datos.	73	250		250		250		250		250
21	Formación a los profesionales.	- Coordinadores SS. - 4 reuniones anuales de 4h.		92		92		92		92		92

.../...

Nº	TIPOS DE INICIATIVAS	RR.HH. IMPLICADOS	COSTE EN (MILES €)										
			2005		2006		2007		2008				
			I	F	I	F	I	F	I	F			
22	Adopción de protocolos de actuación.	- 1 responsable (10% de su tiempo). - 6 grupos de 5 profesionales. - 12 reuniones anuales de 4h.			6								
23	Involucrar equipos interdisciplinares en las principales iniciativas seleccionadas: cuidadores informales, puerta única, calidad, cartera de servicios, campaña anual de comunicación socio sanitaria, etc.	- No aplicable.											
24	Estudio de costes y recursos medios para cada elemento definido de la cartera de servicios.	- 6 grupos de trabajo de 5 miembros. - 6-10 reuniones anuales 4h. - 1 técnico con dedicación completa.											
25	Desarrollo directo e indirecto de los sistemas de financiación por perfiles.	- Coordinadores SS. - 5 técnicos con alta dedicación.											
26	Elaboración de planes de mejora de la eficiencia.	- 6 grupos de trabajo de 5 miembros. - 6 reuniones anuales de 4h.											
27	Desarrollo de acciones de divulgación/información/formación para detección precoz.	- Coordinadores SS. - 1 técnico con dedicación parcial.						86				86	
28	Mejorar los canales de comunicación de los profesionales más comunitarios (Atención Primaria y Servicios Sociales de base de Ayuntamientos) con el resto del sistema y entre ellos.	- Grupo de trabajo. - 6-10 reuniones anuales de 4h.											
29	Evaluación y selección de programas específicos para centros socio sanitarios y de otros avances tecnológicos.	- 1 Profesional (25% de su tiempo).											
30	Plan de sistemas de información y comunicación socio sanitaria.	- No aplicable.	300	75	300	75							
TOTAL			373	600	306	600		645				909	

Tabla de Iniciativas agrupadas por tipos

Nº	TIPOS DE INICIATIVAS	Nº INICIATIVA PRIORIZADA
PLAN DE ACTUACIÓN ANUAL DE LA OFERTA		
1	Plan anual de comunicación sociosanitaria.	4
11	Desarrollo del mapa anual sobre la oferta sociosanitaria.	8
13	Presentación a aprobación de consenso de los planes de crecimiento.	16
CALIDAD EN LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA		
18	Definición de la cartera de servicios sociosanitaria en el País Vasco.	2
22	Adopción de protocolos de actuación.	6
23	Involucrar equipos interdisciplinares en las principales iniciativas seleccionadas: cuidadores informales, puerta única, calidad, cartera de servicios, campaña anual de comunicación sociosanitaria, etc.	5
27	Desarrollo de acciones de divulgación/información/formación para detección precoz.	21
26	Elaboración de planes de mejora de la eficiencia.	20
COSTES Y FINANCIACIÓN DEL SISTEMA		
2	Analizar la posición de los agentes implicados, en la CAPV, en relación a los instrumentos existentes para la cobertura pública de la atención a la dependencia.	15
3	Participar en la implantación de un instrumento para la cobertura pública de la atención a la dependencia.	25
4	Análisis de la situación actual: estudio y plan de mejora de los sistemas de copago en el País Vasco.	10
5	Fomentar el desarrollo de servicios sociosanitarios, ubicando en el ámbito mixto, servicios hasta ahora en el ámbito exclusivamente sanitario.	12
14	Desarrollo de servicios sin coste de inversión inicial y sin periodo de maduración.	19
19	Búsqueda conjunta de financiación.	3
24	Estudio de costes y recursos medios para cada elemento definido de la cartera de servicios.	11
25	Desarrollo directo e indirecto de los sistemas de financiación por perfiles.	23

.../...

.../...

Nº	TIPOS DE INICIATIVAS	Nº INICIATIVA PRIORIZADA
RELACIÓN CON LOS USUARIOS Y CON LA RED NATURAL		
6	Programa de apoyo a la familia y a la sociedad en su participación en la provisión de cuidados.	18
7	Formación de la red informal de apoyo.	22
8	Programas de soporte a los cuidadores informales.	13
12	Planificación del crecimiento de la oferta socio sanitaria por perfiles y por territorios.	9
15	Priorizar los recursos destinados a personas mayores y enfermedad mental.	24
16	Encuesta anual de satisfacción en la atención socio sanitaria.	29
17	Creación de órganos de participación vinculados directamente a programas o servicios concretos.	26
20	Implantar un Sistema de valoración y derivación único en todos los territorios y para todos los usuarios.	1
RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES		
21	Formación a los profesionales.	7
28	Mejorar los canales de comunicación de los profesionales más comunitarios (Atención Primaria y Servicios Sociales de base de Ayuntamientos) con el resto del sistema y entre ellos.	14
RELACIÓN CON LA RED PRIVADA		
9	Estudio sobre los intereses, las necesidades y oportunidades del sector privado en el marco de la atención socio sanitaria.	30
10	Revisión de los sistemas de contratación con la red de provisión privada.	28
SISTEMAS DE INFORMACIÓN		
29	Evaluación y selección de programas específicos para centros socio sanitarios y de otros avances tecnológicos.	27
30	Plan de sistemas de información y comunicación socio sanitaria.	17

Seguimiento y evaluación

Aprobado el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco para 2005–2008 por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria y puestas en marcha las acciones que se contemplan en el mismo se creará una Comisión de Seguimiento y Evaluación que se reunirá periódicamente para hacer un seguimiento cercano de su ejecución. Su composición será establecida por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria y estará compuesto por representantes de las distintas administraciones implicadas.

Anualmente se celebrará una reunión con los agentes sociales afectados directamente por el Plan para conocer y evaluar el desarrollo del mismo.

Finalmente se elaborarán memorias, como mínimo, anuales que recoja los elementos más destacados de la ejecución del Plan y permita su seguimiento y evaluación

Consideración final

En los próximos años, 2005 y los tres siguientes hasta el 2008, la CAPV tiene la oportunidad de completar el trabajo que sienta las bases de un modelo sociosanitario completo, coherente y sostenible en el tiempo.

Para hacer realidad los objetivos generales y los objetivos específicos, contenido fundamental del presente Plan, y que éste a su vez contribuya a que en un horizonte temporal mayor (2012) completemos la visión que aquí se presenta, vamos a emprender un Plan de Acción formado por una serie de iniciativas ordenadas en función de su importancia y factibilidad. Son numerosas y requieren una organización, responsabilidad y liderazgo elevados. Convertir este Plan de Acción en una realidad supone invertir recursos materiales y humanos y establecer responsabilidades claras y específicas asignadas a individuos concretos.

Podemos decir que, este Plan de Acción se desarrolla en siete direcciones:

- Desarrollo de la oferta.
- Calidad de la atención.
- Costes y financiación del sistema.
- Relación con los usuarios y con la red informal.
- Relación con los profesionales.
- Relación con la red privada de atención.
- Sistemas de información.

Convertir la estrategia en resultados, hacerla operativa desmenuzándola y proponiendo las acciones concretas y su seguimiento, es lo que aporta este Plan Estratégico. Con su desarrollo la CAPV dispondrá en 2008:

- El volumen deseado de personas atendidas.
- Un modelo consolidado de atención con una única puerta de entrada.
- Una planificación de los servicios y recursos conjunta, independientemente de cómo éstos se presten.
- Unos sistemas de información, compartidos y adaptados a éste modelo.

En definitiva, el compromiso de todos los implicados y el desarrollo real del Plan es lograr la satisfacción de los usuarios de los servicios y de sus familiares.