



**Resolución 2017R-958-17 del Ararteko, de 26 de abril de 2017, por la que se recomienda al Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria que continúe profundizando en la coordinación sociosanitaria, especialmente mediante la definición de la cartera de servicios y el desarrollo de un mayor número y variedad de recursos que permitan dar respuesta a las situaciones de dependencia sobrevenida.**

### Antecedentes

La preocupación del Ararteko por el objeto de esta investigación tiene su precedente en quejas de ciudadanos y ciudadanas que, habiendo sufrido un accidente, un traumatismo, una agudización importante de un proceso crónico, una intervención quirúrgica, etc. que ha conllevado lesiones graves inesperadas que limitan en un alto grado el desempeño autónomo de actividades básicas de la vida diaria, encuentran dificultades para acceder a los servicios y prestaciones públicas que les aportarían los apoyos necesarios en este cometido. Trascendiendo la respuesta individual articulada y sustanciada en cada uno de los expedientes individuales, el Ararteko está interesado en conocer cómo se está procediendo en este ámbito con carácter general en todo el territorio vasco y cuáles son las particularidades de cada uno de los territorios históricos, para lo que se ha dirigido a todos los órganos competentes, en este caso, las Diputaciones Forales y el Consejo Vasco Socio-sanitario. Así, la información aportada por el Departamento de Salud, en base a la cual se formula la presente resolución, ofrece al Ararteko, elementos complementarios que permiten obtener una visión global sobre la respuesta de las políticas públicas vascas a las situaciones descritas, favoreciendo también la detección de las mejores prácticas y facilitando el aprendizaje compartido.

La realidad que relatan estas personas es que requieren de asistencia para llevar a cabo actividades cotidianas (incorporarse de la cama, desplazarse, vestirse, asearse, comer, ir al servicio...) que se van a desplegar con el apoyo de sus familiares en el mejor de los casos. También van a tener que acudir a centros de rehabilitación u otras instancias acompañados de sus familiares, sin disponer de un aparcamiento que les facilite el acceso. Además, entre otras necesidades, van a tener que hacer frente a gastos de adaptación de la vivienda o a productos de apoyo para mejorar la calidad de vida (sillas de ruedas, grúas...) que implica un desembolso importante que van a tener que adelantar.

Son personas, por otro lado, que han sido objeto de tratamiento y diagnóstico médico por el sistema sanitario y disponen de informes médicos completos en los que se hace referencia a sus lesiones y, en muchas ocasiones, al carácter definitivo de las mismas.

Analizada la situación desde la atención prestada por el sistema de servicios sociales, el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales vincula la atención a estas





personas a la valoración de la dependencia (en ocasiones, la discapacidad), para poder acceder a las prestaciones y servicios a los que tienen derecho. El derecho subjetivo a los servicios sociales está determinado por la valoración de la existencia de la necesidad (en este caso, la necesidad de apoyo para el desempeño de actividades de la vida diaria = dependencia) y por la prescripción técnica, lo que aporta seguridad a las intervenciones que se lleven a cabo, pero que en los casos a los que esta actuación se refiere, deja a las personas en una situación de vulnerabilidad. Son personas con lesiones graves y necesidades de apoyo que durante los primeros seis meses, principalmente después del alta hospitalaria, no tienen acceso, según la información que esta institución posee, a servicios de dependencia.

Según la información que trasladan a la institución, mientras no se culmina la valoración de la dependencia, las personas y sus familiares no disponen de la adecuada atención social o de servicios y prestaciones que les ayuden en estos primeros meses. En algunos casos, puede que se derive su atención a una unidad socio-sanitaria, pero según la información que tenemos, las plazas son limitadas y no cubren todas las necesidades. Por otro lado, las respuestas que se están dando a esta situación en los tres territorios históricos son diferentes.

En opinión del Ararteko, se trata de personas susceptibles de ser atendidas en el marco de la atención socio-sanitaria, que en el artículo 46 de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales, es el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales, necesitan una atención sanitaria y social simultánea.

A la vista de los hechos, el Ararteko solicitó la colaboración de las tres diputaciones forales, a las que requiere respuesta a las siguientes cuestiones:

- a) Si el servicio de valoración y diagnóstico prevé el transcurso del plazo de 6 meses en todos los casos (salvo si se es mayor de 65 años) para llevar a efecto la valoración. Cauces que pueden existir para exceptuar el plazo de espera de 6 meses que se establece con carácter general para iniciar el procedimiento de valoración de discapacidad y dependencia.
- b) En ausencia de estos cauces, servicios y prestaciones previstas en la atención social secundaria o sociosanitaria en su territorio, mientras transcurre el plazo de 6 meses para iniciar la valoración de la discapacidad o dependencia.
- c) Su opinión sobre las posibles respuestas que se podrían poner en marcha para la mejora de la atención sociosanitaria a este colectivo.

De igual manera, se dirigió al Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria solicitándole su opinión sobre las posibles respuestas a articular para la mejora de la atención socio-sanitaria a las personas en situación de dependencia sobrevenida.





El Departamento de Salud de Gobierno Vasco, en el seno del cual se encuadra el Consejo, traslada alguna consideración previa en relación con la dificultad de valoración de algunas de esas situaciones. No obstante, apela a la coordinación entre ambos sistemas para la mejora de la atención de las necesidades de estas personas y se compromete a trasladar al seno del Consejo la inquietud y preocupación manifestada por el Ararteko.

### Consideraciones.

#### **1. La respuesta a las necesidades de estas personas.**

La evolución de la técnica médica y el desarrollo del sistema sanitario está permitiendo que los pacientes regresen al domicilio con el alta hospitalaria en períodos mucho más breves que aquellos que venían siendo habituales. Siendo esto así, en el caso de la dependencia sobrevenida, esto es, personas que, como consecuencia de un acontecimiento brusco, pasan de ser personas autónomas a personas dependientes sin posibilidad de una recuperación que les permita volver a llevar una vida autónoma, se hace precisa la articulación de servicios y prestaciones que tengan en cuenta sus necesidades y ofrezcan los apoyos necesarios desde el primer momento tras el alta hospitalaria.

Las necesidades de apoyo de estas personas participan, habitualmente, de dos características: su alta intensidad y la naturaleza combinada social-sanitaria. Esto las sitúa plenamente en el marco de la atención socio-sanitaria, que el artículo 46 de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales define como *“el conjunto de cuidados destinados a las personas que por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención”*.

La oferta de servicios y prestaciones en este ámbito es escasa, lo que hace a la ciudadanía con esta necesidad dirigir sus demandas al sistema de servicios sociales para la atención a la dependencia. Los servicios y prestaciones de este sistema, sin embargo, no están diseñados para atender estas necesidades de naturaleza socio-sanitaria, sino aquellas de índole social, por lo que, aún cuando en ocasiones esté dando respuesta a la dependencia sobrevenida, no siempre consigue hacerlo de la manera más ajustada o adecuada.

#### **2. La respuesta a la dependencia sobrevenida desde el sistema de servicios sociales.**

Como consideración preliminar se ha de señalar que, tanto el concepto de discapacidad, como el de dependencia se definen, intrínsecamente, por su naturaleza *permanente*. La valoración de ambas cuestiones, en consecuencia, debe realizarse en situación de estabilidad, habiendo transcurrido un tiempo suficiente desde el diagnóstico y comienzo del tratamiento, hasta alcanzar un





punto en el que, según los márgenes de probabilidad médica, no sea probable una recuperación. Esta es la base del establecimiento de plazos mínimos previos a la valoración, establecido en 6 meses con carácter general, plazo que trae base de la consideración por la práctica médica generalizada de que ese es el período de tiempo a partir del cual un problema de salud puede considerarse crónico.

La valoración de la dependencia, en todo caso, exige la valoración del desempeño *funcional* (esto es, la capacidad para realizar de manera autónoma las actividades básicas de la vida diaria) y no sólo de la enfermedad o discapacidad, de manera que la existencia de éstas es condición necesaria, pero no suficiente para la consideración de una situación de dependencia. La valoración del desempeño funcional es, así, un proceso sujeto a una enorme complejidad.

Así y todo, ya en la normativa que regula la valoración de la situación de dependencia (Real Decreto 174/2014) se contemplan dos grandes grupos de excepciones:

- a) Personas mayores de 65 años, en las que el plazo general de 6 meses se reduce a 3 meses o a 2 para los mayores de 80 años.
- b) Cuando en situaciones no estabilizadas se constatan deficiencias previas que pueden suponer ya una interferencia importante en la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria.

En la actualidad esta institución ha podido comprobar que en los tres Territorios Históricos, bien por aplicación de estas excepciones, bien porque se ha incorporado a la normativa reguladora –el caso de Álava- la excepcionalidad de las situaciones de dependencia sobrevenida, es posible realizar el proceso de valoración de la situación de dependencia en un plazo menor que el establecido con carácter general y, en consecuencia, acceder a los servicios y prestaciones de la cartera del sistema de servicios sociales.

La Diputación Foral de Gipuzkoa y la Diputación Foral de Álava informan de que, además de esta consideración de excepcionalidad en los tiempos para la valoración, tienen articulados algunos servicios para la atención de estas personas en situación de dependencia sobrevenida en los períodos anteriores a la eventual valoración de la dependencia. Así, el departamento foral de Gipuzkoa informa de que, en los casos en que al alta hospitalaria la decisión (adoptada entre el propio hospital y los servicios sociales municipales y no siempre exenta de desacuerdo) sea que la persona se traslada a su domicilio, se ofrece:

- Servicio de Ayuda a Domicilio (aunque siendo de competencia municipal algunos ayuntamientos requieren la valoración de dependencia)
- Centro de día, con carácter provisional y excepcional.
- Productos de apoyo y ayudas técnicas para los casos en los que no hay dudas respecto a que se reconocerá la discapacidad en el momento en que sea valorada.
- Ante cambios repentinos que pongan en riesgo la continuidad de la atención necesaria en el domicilio y en tanto se estructure, estancias temporales en recursos residenciales.





El Instituto Foral de Bienestar Social de Álava, por su parte, tiene en funcionamiento desde el año 2015 un servicio de atención domiciliaria para cubrir de forma inmediata las necesidades de aquellas personas que sufren un problema de salud que pudiera generar una situación de dependencia sobrevenida y están a la espera de realizar la valoración de la situación de dependencia, pero cuyas necesidades precisan de la intervención de los servicios públicos para evitar que queden en situación de desprotección.

En este punto, esta institución desea trasladar que, tal y como manifiesta alguno de los servicios forales consultados, los servicios para la atención a la dependencia de la cartera del sistema de servicios sociales no están dotados del personal sanitario necesario para atender las necesidades específicas sanitarias que las personas pueden presentar en esta fase clínica grave. Son recursos definidos para el apoyo a la dependencia definitiva, cuya prestación técnica nuclear responde al ámbito de la necesidad de apoyo social.

En la misma línea, se considera acertada la conclusión de que se debe continuar reduciendo el tiempo de valoración de la dependencia en la medida de lo posible en aquellos casos en los que no se prevea mejoría de la situación, así como el acceso a los recursos de la cartera de servicios sociales, pero de manera simultánea hay que reconocer la existencia de un espacio intermedio de atención entre el alta hospitalaria y la atención desde los servicios sociales, que precisa de la articulación de otros recursos.

### **3. La respuesta a la dependencia sobrevenida desde el ámbito socio-sanitario.**

Además de la respuesta a través de servicios contemplados en la cartera de prestaciones y servicios del sistema vasco de servicios sociales, en los tres Territorios Históricos existen las unidades socio-sanitarias. Aunque su gestión presenta diferencias según el territorio, en ninguno de ellos se requiere tener reconocida la situación de dependencia, pero sí que su idoneidad esté debidamente motivada por los y las profesionales que proponen el acceso al servicio. Son estas unidades, de hecho, las que están dando respuesta a las situaciones de dependencia sobrevenida en aquellos casos en los que los cuidados que se requieren sobrepasan la capacidad o disponibilidad del cuidado informal prestado por la familia.

A juicio de las personas consultadas, en todo caso, el número de plazas socio-sanitarias en Euskadi es a todas luces insuficiente para atender todas las necesidades existentes. La tendencia citada al comienzo de estas consideraciones de estancias hospitalarias más cortas y aumento en consecuencia de las necesidades de cuidados de alta intensidad en el ámbito extra-hospitalario no se ha visto compensada por un aumento proporcional de las plazas socio-sanitarias.

Desde esta realidad, el Ararteko comparte plenamente las propuestas formuladas por los departamentos competentes en servicios sociales dirigidas a la mejora de



la atención socio-sanitaria, ámbito desde el que, a su juicio, deben articularse principalmente las respuestas a las necesidades de las personas en situación de dependencia sobrevenida en los momentos inmediatamente posteriores al alta hospitalaria.

La primera de las propuestas se formula en términos de seguir trabajando y ahondando en una coordinación sociosanitaria de cada vez más amplio espectro, que permita conjugar la continuación de los cuidados sanitarios con la protección social de la persona.

Además, este ámbito debe ser reforzado mediante el desarrollo de recursos y sistemas que permitan a la ciudadanía un acceso ágil a las prestaciones de protección necesarias. En esta línea, se hace imprescindible la *articulación de una cartera de servicios socio-sanitarios u otras fórmulas o instrumentos que garanticen la idoneidad de la atención*, contemplada en el artículo 46.4 de la Ley 12/2008 de servicios sociales. Los servicios incluidos en esta cartera vendrían a dar respuesta, no sólo a las situaciones de dependencia sobrevenida objeto de este análisis, sino también a las situaciones de dependencia transitoria (convalecencias) o a situaciones de agudización de procesos crónicos de larga evolución que generan claudicación de los cuidados informales. En esta cartera tendrían cabida las camas socio-sanitarias ya mencionadas, pero también otros servicios y prestaciones como un SAD sociosanitario o ayudas técnicas recuperables para las situaciones de convalecencia, entre otros.

También resulta del todo pertinente, a juicio de esta institución, el incremento del número de plazas socio-sanitarias, *“unidades de tránsito en cada OSI en las que se pudiera analizar de manera más pausada las necesidades de atención de las personas y la capacidad de cuidado de las familias”*. Esto aseguraría la continuidad de cuidados, la atención a la convalecencia y el tránsito entre los dos sistemas (sanitario y servicios sociales) de un modo más ordenado y reflexivo.

Estas propuestas, en todo caso, están ya presentes en las Líneas Estratégicas de Atención Socio-sanitaria para Euskadi 2013-2016 que el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria ha de liderar:

- El primer objetivo estratégico que se formula es “Definir los elementos formales que constituyen la coordinación sociosanitaria” y su línea estratégica básica es la definición de una cartera de servicios sociosanitarios.
- El objetivo estratégico tercero se formula como “Fomentar la coordinación entre los distintos agentes partícipes del espacio sociosanitario”, desarrollado en la línea estratégica básica de formalización de acuerdos sociosanitarios.
- El cuarto objetivo estratégico se propone “Desarrollar servicios socio-sanitarios para colectivos diana”, articulado a través del Plan de desarrollo de la atención socio-sanitaria a colectivos diana que se propone como línea estratégica básica.



El Ararteko no ha encontrado información relativa a la consecución de estos objetivos, al menos no en lo concerniente a la aprobación de una cartera de servicios sociosanitarios, resultado previsto en el primero de los objetivos expuestos. Quizás en la evaluación del grado de consecución de estos objetivos estratégicos que, según consta en la web del Departamento, está previsto realizar en el primer semestre de 2017, quede reflejado y se puedan conocer los eventuales avances producidos en estos 4 últimos años.

Por todo ello, en conformidad con lo preceptuado en el art. 11 b) de la Ley 3/1985, de 27 de febrero, por la que se crea y regula esta institución, se eleva la siguiente

### RECOMENDACIÓN

Que el Departamento de Salud traslade al Consejo Vasco de Atención Socio-sanitaria la necesidad de seguir profundizando en la coordinación sociosanitaria, especialmente a través de la definición de una cartera de servicios y el desarrollo de un mayor número y variedad de recursos, que permita dar respuesta, tanto a las situaciones de dependencia sobrevenida objeto de este análisis, como a las situaciones de dependencia transitoria (convalecencias) y a situaciones de agudización de procesos crónicos de larga evolución que generan claudicación de los cuidados informales.

