

# Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024



*“Haciendo camino  
entre todas y todos”*





Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse  
en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco:e:

**[https://www.katalogoak.euskadi.eus/cgi-bin\\_q81a/abnetclop?SUBC=VEJ/J0001](https://www.katalogoak.euskadi.eus/cgi-bin_q81a/abnetclop?SUBC=VEJ/J0001)**

**EDICIÓN**

1ª, junio 2021

**TIRADA**

500 ejemplares

©

Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco  
Departamento de Salud

**INTERNET**

<https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/atencion-sociosanitaria/inicio/>

**DIRECCIÓN, COORDINACIÓN Y ELABORACIÓN**

Departamento de Salud, Gobierno Vasco

**ISBN:**

978-84-457-3604-3

**IMPRESIÓN**

Printhaus

**DEPÓSITO LEGAL**

LG G 00579-2021

**PORTADA**

La ilustración de portada está inspirada en la obra  
“La recogida de la manzana”, 1930, de Jesús Olasagasti Irigoyen.  
Óleo sobre lienzo, 150,5 x 418 cm.  
Kutxa Bilduma / Colección Kutxa



# Índice

## 1. Introducción

Pág. 13

1.1. Antecedentes de la atención  
sociosanitaria en Euskadi [14](#)

---

1.2. Despliegue y evaluación de la Estrategia [21](#)

---

## 2. Contexto actual

Pág. 23

2.1. Contexto sociodemográfico [24](#)

---

2.2. Contexto organizativo:  
gobernanza sociosanitaria de Euskadi [24](#)

---

2.3. Políticas de transición sociosanitaria [28](#)

---

2.4. Nuevos desafíos y visiones emergentes [29](#)

---

## 3. Misión, visión y valores

Pág. 43

3.1. Misión, visión y valores [44](#)

---

## 4. Líneas transversales

Pág. 47

4.1. Equidad	<a href="#">48</a>
4.2. Género	<a href="#">48</a>
4.3. Comunicación, información y formación	<a href="#">49</a>
4.4. Participación ciudadana	<a href="#">49</a>
4.5. Digitalización	<a href="#">49</a>
4.6. Innovación	<a href="#">50</a>

## 5. Áreas de actuación y proyectos

Pág. 53

5.1. Gobernanza sociosanitaria	<a href="#">54</a>
5.2. Interoperabilidad sociosanitaria	<a href="#">58</a>
5.3. Prevención sociosanitaria	<a href="#">64</a>
5.4. Atención Sociosanitaria	<a href="#">67</a>
5.5. I+D+i Sociosanitaria	<a href="#">72</a>

## 6. Referencias

Pág. 77

6.1. Referencias normativas	<a href="#">78</a>
6.2. Referencias bibliográficas	<a href="#">79</a>
6.3. Referencias y fuentes estadísticas	<a href="#">80</a>
6.4. Índice de abreviaturas y acrónimos	<a href="#">82</a>
6.5. Índice de figuras y tablas	<a href="#">84</a>

## 7. Anexos

Pág. 87

ANEXO I Contexto sociodemográfico	<a href="#">88</a>
ANEXO II Marco teórico sociosanitario	<a href="#">110</a>
ANEXO III Relación de estrategias sectoriales y corporativas	<a href="#">112</a>
ANEXO IV Autoría y participación	<a href="#">114</a>



---

## Presentación

La Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024 que se presenta a continuación plantea el marco estratégico de actuación en materia de atención sociosanitaria en Euskadi en la XII legislatura.

Se trata de un escenario de trabajo definido y aprobado por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (en adelante CVASS), del que son miembros todas las instituciones con responsabilidad en dicha atención, y en el que se encuentran representadas las diferentes sensibilidades y realidades de los tres Territorios Históricos, así como de los municipios vascos.

Como tal, establece las bases para continuar la articulación de la atención sociosanitaria en Euskadi de acuerdo con un modelo de coordinación de los sistemas de servicios sociales y de salud, cuyo origen cuenta ya con un cuarto de siglo.

La atención sociosanitaria tiene por objeto mejorar el estado de salud y la autonomía de las personas, es decir, su bienestar general mediante la actuación coordinada de los sistemas de servicios sociales y de salud. Con ella se aspira, en lo posible, a promover la permanencia de las personas en su entorno social habitual, de forma que se les provea de atención en el domicilio y se garantice que dicha atención contribuya a mejorar su calidad de vida y la de quienes participan de sus cuidados, respetando los estilos de vida y las preferencias de cada persona.

La experiencia atesorada en estas décadas por las diferentes instituciones, y la trayectoria de estas, aunando esfuerzos para alinear organizaciones, culturas, lenguajes e intereses heterogéneos en torno a las personas como eje de toda intervención, son el punto de partida de esta estrategia.

Su propuesta no es otra que continuar diseñando y perfeccionando desde el consenso interinstitucional los mecanismos de coordinación entre sistemas, ámbitos, niveles y profesionales, de forma que se logre la mejor prevención, atención y cuidados sociosanitarios en torno a la persona.

Este documento contiene el escenario de trabajo para continuar vertebrando la atención sociosanitaria en base a tres planos diferenciados y a la vez imbricados: **estratégico, organizativo y asistencial**. Y de acuerdo con los tres, realiza un planteamiento ordenado de **proyectos clave** que pretenden dar respuesta a las necesidades presentes y futuras de atención sociosanitaria de la ciudadanía vasca, en particular, de los **colectivos diana**.

Asimismo, esta estrategia no es ajena al contexto en el que se gesta y proyecta el horizonte de trabajo y la visión a futuro de la atención sociosanitaria en Euskadi. Un horizonte marcado por las necesidades y los recursos vinculados a la pandemia del COVID-19, y una visión que, reconociendo las oportunidades y amenazas del contexto actual, busca desplegar la responsabilidad pública en el ámbito de los cuidados, a causa de su impacto en la salud, social y económico.

Por ello, formula también iniciativas estratégicas para reforzar las capacidades de actuación coordinada de los dos sistemas a fin de prevenir y atender necesidades sociosanitarias derivadas de la triple crisis – sanitaria, social y económica- asociada a la pandemia, así como intervenciones para abordar los casos de vulnerabilidad epidemiológica y social surgidos a raíz de ella.

A largo plazo se desconocen los efectos sociales, económicos (para los hogares y las cuentas públicas, entre los perjudicados) y para la salud causados por la epidemia de COVID-19. En el presente asistimos a sus primeros impactos en forma de pérdidas de vidas humanas, de aumento de necesidades sociales por la precarización de las condiciones de vida y, en definitiva, de una vulnerabilidad manifiesta con profundas consecuencias para el bienestar de un importante número de personas.

Por ello, esta estrategia formula también intervenciones orientadas a abordar los casos de vulnerabilidad epidemiológica y social surgidos a consecuencia de la crisis sanitaria, social y económica resultado de la epidemia de COVID-19, además de diseñar actuaciones estratégicas orientadas a reforzar las capacidades de actuación coordinada de los sistemas de salud y de servicios sociales para la prevención y abordaje de situaciones de necesidad sociosanitaria derivadas de esta.

**En definitiva, en esta Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi (2021-2024) contamos todas y todos.**

**Gotzone Sagardui Goikoetxea**

Consejera de Salud  
Gobierno Vasco

**Beatriz Artolazabal Albeniz**

Consejera de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales  
Gobierno Vasco

**Emilio Sola Ballojera**

Diputado Foral de Políticas Sociales  
Diputación Foral de Araba

**Sergio Murillo Corzo**

Diputado Foral de Acción Social  
Diputación Foral de Bizkaia

**Maite Peña López**

Diputada de Políticas Sociales  
Diputación Foral de Gipuzkoa

**Gorka Urtaran Agirre**

Presidente de Asociación de Municipios Vascos EUDEL





# 1. Introducción

## 1.1. Antecedentes de la atención sociosanitaria en Euskadi

Se cumplen 25 años de la firma de los **primeros acuerdos marcos** entre el Departamento de Salud y Osakidetza con los respectivos Departamentos de Servicios Sociales de las Diputaciones Forales de Gipuzkoa<sup>1</sup>, Bizkaia<sup>2</sup> y Álava<sup>3</sup> para la cobertura de las necesidades sociosanitarias de la población en cada uno de los Territorios Históricos.

Estos acuerdos bilaterales establecieron las bases para la rúbrica del primer acuerdo autonómico<sup>4</sup> e interinstitucional entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa, y EUDEL, para el desarrollo de la atención sociosanitaria en Euskadi.

Fundamentado en el respeto a la autonomía de todas las instituciones partícipes, este convenio de colaboración fundó un marco de trabajo interinstitucional compartido que ha favorecido la formulación consensuada del actual modelo de coordinación para la atención sociosanitaria.

A su existencia se debe, también, contar con las bases primigenias de la articulación organizativa de la coordinación sociosanitaria con la constitución de una estructura de composición paritaria materializada:

- a) A nivel autonómico en el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria y en la figura de un/a coordinador/a sociosanitario.
- b) A nivel territorial, en los Consejos Territoriales de Atención Sociosanitaria (uno por cada TT.HH.), sustentados en Comisiones Técnicas creadas en el seno de cada uno de los Consejos y en la figura de tres coordinadores/as territoriales.

---

<sup>1</sup> Acuerdo Marco de 20 de mayo de 1996 para la colaboración entre el Departamento de Sanidad junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para la cobertura de necesidades sociosanitarias en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.

<sup>2</sup> Acuerdo Marco del 14 de mayo de 1998 entre el Departamento de Sanidad, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y la Diputación Foral de Bizkaia para colaborar en el espacio socio-sanitario, en el Territorio Histórico de Bizkaia.

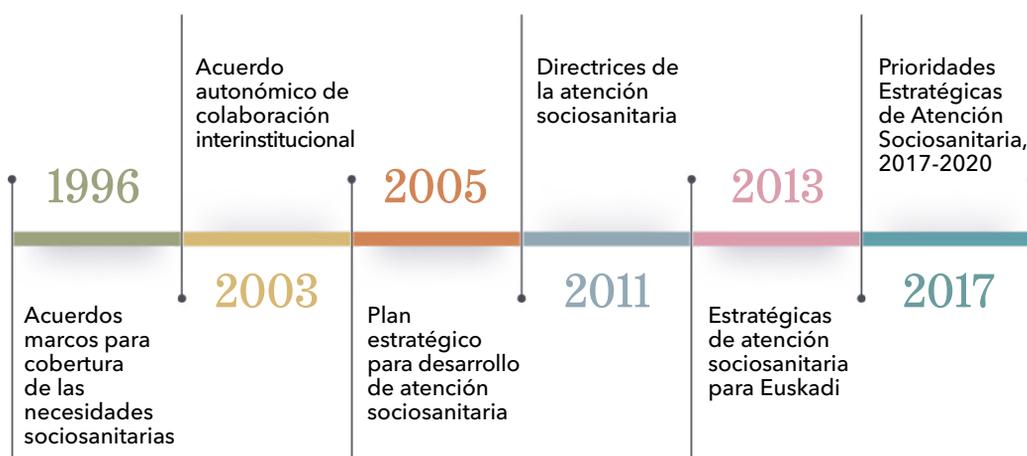
<sup>3</sup> Acuerdo Marco de 16 de noviembre de 1998 entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y el Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, para colaborar en la cobertura de necesidades sociosanitarias en el Territorio Histórico de Álava.

<sup>4</sup> Convenio de colaboración entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa y la Asociación de Municipios Vascos EUDEL, para el desarrollo de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco (30 de enero de 2003).

En el **plano estratégico**, los acuerdos interinstitucionales alcanzados en el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria han tenido su plasmación en documentos varios, coincidiendo con el desarrollo de diferentes legislaturas en Euskadi.

**Figura 1.**

Evolución de la atención sociosanitaria en Euskadi (1996-2020).



Fuente: Elaboración propia.

De forma histórica y acumulativa, la *Memoria de Actividad y Evaluación de las Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria, Euskadi 2017-2020*, presentó un pormenorizado análisis DAFO de elementos de interés a considerar en la formulación de la presente *Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024*, además de identificar hitos e impactos que los diferentes proyectos estratégicos han supuesto en el ámbito sociosanitario.

Entre los elementos internos que han lastrado (Debilidades) y favorecido (Fortalezas) el desarrollo de los proyectos estratégicos de las *Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria, Euskadi 2017-2020* destacan:



Figura 2.

DAFO de las Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria, Euskadi 2017-2020.

DEBILIDADES
Insuficiente dotación de recursos (humanos, financieros) para el desarrollo de determinados proyectos.
Complejidad para articular jurídicamente el Modelo de Gobernanza y para lograr la traslación normativa del Catálogo de Recursos Sociosanitarios.
Insuficiente apoyo de organizaciones, en mayor medida en el ámbito social, al despliegue del instrumento de valoración sociosanitaria InterRAI CA, que ha condicionado la limitada implantación del proyecto.
Heterogeneidad en la interlocución en el sistema de servicios sociales de cara a la definición de un marco de interoperabilidad para la Historia Sociosanitaria de Euskadi.
Ausencia de instrumentos para la medición de la actividad sociosanitaria de las y los profesionales de ambos sistemas (en el plano asistencial, organizativo y de planificación estratégica).
Falta de alineamiento conceptual y de enfoque de los Protocolos de Coordinación Sociosanitaria con planteamiento estratégico y ausencia de participación de responsables del sistema de servicios sociales en el proceso.
Ausencia de referentes sociosanitarios/as en las organizaciones del sistema de servicios sociales.
Ausencia de criterios comunes para el trabajo de las y los profesionales en la Atención Primaria Sociosanitaria y falta de experiencia en un marco de trabajo multidisciplinar y transversal (dos sistemas).
Ausencia de criterios definidos relativos a la vigencia y revisión de protocolos sociosanitarios.
Desigualdad/inferioridad de los y las representantes del Sistema de Servicios Sociales en el marco de decisión que se establece en las Comisiones Sociosanitarias de las OSIs.
Percepción de rutas asistenciales como una respuesta estandarizada, centrada en aspectos asistenciales sanitarios, ajenos a la cultura de la atención social.

## AMENAZAS

Desafío de las necesidades sociales emergentes para su identificación y articulación de respuestas coordinadas por parte de ambos sistemas.

Incremento de necesidades derivadas del aumento de la longevidad de la población y necesidad de redefinir un nuevo modelo de cuidados de larga duración.

Aumento de necesidades sociosanitarias no previstas y derivadas de la pandemia por COVID-19.

Exigencia de reformular el funcionamiento de determinados recursos sociosanitarios tras irrupción de COVID-19 (en particular centros y servicios de atención a la dependencia y a la discapacidad).

Conciliación del respeto a la autonomía competencial con la promoción de la equidad interterritorial en la respuesta a las necesidades sociosanitarias en los tres TT.HH.

Falta de adecuación al marco legal vigente de los acuerdos que sostienen la atención de necesidades sociosanitarias.

Desactualización del Mapa de Recursos Sociosanitarios.

Escasa cultura de sistematización de la información para trabajo compartido por parte de profesionales, especialmente en el sistema de servicios sociales.

Complejidad en la gestión de expectativas de las y los profesionales respecto a la Historia Sociosanitaria de Euskadi.

Insuficiente participación de las instituciones implicadas en el desarrollo de interoperabilidad necesaria para la Historia Sociosanitaria, y su alineamiento respecto a la formulación estratégica.

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, la evaluación *ex post* de los proyectos ha permitido constatar la importancia de aspectos externos que, en unos casos, han beneficiado (Oportunidades) y, en otros, han comprometido (Amenazas) el desarrollo de dichas iniciativas. Entre los aspectos identificados conviene señalar:

Figura 3.

DAFO de las Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria, Euskadi 2017-2020 (cont.).

FORTALEZAS
Enfoque ecológico y de sostenibilidad: <i>lo sociosanitario como ecosistema de agentes sociales y sanitarios interrelacionados y coordinados.</i>
Participación de amplio espectro de profesionales de los sistemas social, sanitario y de educación en la definición del CMD de Historia Sociosanitaria.
Existencia de la Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi, única a nivel estatal.
Articulación de Catálogo de Recursos Sociosanitarios a partir de ambas carteras de servicios.
Consenso institucional en torno a la misión y enfoque de la atención sociosanitaria, evidenciado en la gestión de la COVID-19 con la necesidad de llegar a consensos de emergencia en tiempos récord.
Marco común de regulación formal de relaciones y actuación de las instituciones con responsabilidades en la atención sociosanitaria y, por extensión, de sus profesionales en los tres niveles (asistencial, organizativo y de planificación) con el Modelo de Gobernanza Sociosanitaria.
Modelo para el desarrollo de otros acuerdos de colaboración para la financiación de la atención sociosanitaria con el Convenio de colaboración entre Gobierno Vasco y DFB para la atención sociosanitaria de las personas con trastorno mental graves (2020).
Definición de tipología de recursos sociosanitarios en base al origen de la financiación.
Experiencia en el uso de instrumentos compartidos (Osabide en residencias y centros de día, instrumento de valoración sociosanitaria InterRAI CA, instrumentos de detección de malos tratos en personas mayores) como facilitadores y normalizadores de las relaciones y comunicaciones entre profesionales de ambos sistemas y promotores de una sólida cultura de confianza y trabajo compartido.
Desarrollo de apoyos tecnológicos (extensión de Osabide a la red residencial) en el ámbito sociosanitario, con fomento de una cultura de seguridad clínica y con la persona como última beneficiaria.
Pilotaaje de tiempo compartido como mecanismo para establecimiento de tiempos y dinámicas de trabajo conjuntas entre profesionales de ambos sistemas, con la definición de objetivos en/para la gestión compartida de casos.
Definición del “Acto sociosanitario” en Osabide como fórmula incipiente para el registro de actividad sociosanitaria y posibilidades de desarrollos futuros.
Experiencia en proyecto de prevención de riesgos sociosanitarios (instrumento de malos tratos) para ampliar espectro de intervención (soledad, etc.).
Portal de Atención Sociosanitaria como referente en generación y divulgación de conocimiento compartido en el ecosistema sociosanitario.

## OPORTUNIDADES

Eficiencia en la coordinación sociosanitaria con futuro Decreto de Gobernanza Sociosanitaria, que establece marco funcional y relacional de los órganos de decisión y figuras de coordinación en los tres niveles de actuación (planificación, organizativo y de gestión asistencial) en Euskadi.

Cultura de mejora continua de los profesionales sociales y sanitarios.

Extensión de la historia clínica de Osakidetza a todos los centros de día de Euskadi.

Coyuntura favorable a la progresiva digitalización de los procesos como apoyo a la atención sociosanitaria.

Respaldo a la formación e incorporación del enfoque ético-asistencial en el ámbito sociosanitario como elemento de mejora de la calidad asistencial.

Formulación de marco estable y de consenso para la financiación compartida de los recursos sociosanitarios como mecanismo armonizador de las prestaciones de atención sociosanitaria entre TT.HH.

Progreso en el diseño de un sistema de información compartida con la Historia Sociosanitaria.

Empoderamiento de representantes del sistema de servicios sociales en las Comisiones Sociosanitarias.

Articulación de la participación social en el modelo de coordinación sociosanitaria de Euskadi.

Simplificar el marco de acuerdos interinstitucionales y con organizaciones del Tercer Sector para la atención a necesidades sociosanitarias en el proceso de actualización y adecuación de estos al marco legal vigente.

Empoderamiento de la figura del/de la Referente Sociosanitario/a como elemento clave en la interlocución entre el nivel organizativo y asistencial en los sistemas de servicios sociales y sanitario.

Extensión de la Atención Primaria Sociosanitaria como mecanismo nuclear en ambos sistemas para la atención coordinada de casos desde la proximidad de los recursos y soluciones en el medio de vida de la persona con necesidades sociosanitarias.

Experiencias de interoperabilidad (Osabide en residencias, Instrumento de valoración sociosanitaria InterRAI CA) como precursoras de soluciones técnicas y tecnológicas, y promotoras de flujos de comunicación bidireccional y base de aprendizaje para el desarrollo de la Historia Sociosanitaria.

Definición de un modelo de interoperabilidad que posibilite diferentes niveles de integración en función de las capacidades de desarrollo de cada agente/organización.

Figura 4.

Ejes de continuidad del modelo de coordinación sociosanitaria en Euskadi.



Fuente: Elaboración propia.

La *Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024* recoge así el testigo de la experiencia acumulada durante un cuarto de siglo y los logros alcanzados con el afán de proseguir la labor de vertebración secuencial del modelo de coordinación sociosanitaria en los tres niveles de gestión y, en particular, destinando un especial esfuerzo a la actuación en los ámbitos meso (organizativo) y micro (asistencial) en los próximos años.

Este documento aspira a que el sólido compromiso institucional cimentado con las PEASS 2017-2020 logre, con una indispensable alineación estratégica del plano organizativo (meso), su traslación y apoyo al plano asistencial con el despliegue en toda Euskadi de una Atención Primaria Sociosanitaria, eficiente y eficaz.

En la misma línea, y para dar continuidad a un cuarto de siglo de articulación del modelo de atención sociosanitaria en Euskadi, la estrategia contiene una propuesta de alineación de objetivos e intereses de los tres planos de gestión con el fin de mejorar las respuestas a las necesidades sociosanitarias de los **colectivos diana**<sup>5</sup>, a través de diversos proyectos, fomentando asimismo la participación ciudadana y del Tercer Sector en su articulación.

**En la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi (2021-2024) contamos todas y todos, atendiendo a la visión y necesidades de atención simultánea social y sanitaria de todas y todos.**

<sup>5</sup> Son **colectivos diana de la atención sociosanitaria**, determinados grupos poblacionales definidos por la contingencia en ocasiones de manera simultánea, de situaciones de dependencia, discapacidad, exclusión social, necesidades especiales de desarrollo, situaciones de vulnerabilidad y desprotección, entre otras; que requieren una intervención interdisciplinar. Para la atención de las necesidades específicas que presentan estos colectivos se pondrán en marcha diferentes actuaciones dentro del despliegue de la atención sociosanitaria.

## 1.2. Despliegue y evaluación de la Estrategia

Teniendo como antecedentes la evaluación de las *Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria (2017-2020)*, así como una labor de revisión bibliográfica y de contraste con agentes de distintos niveles, la Estrategia pretende **dar un paso más en lo relativo al despliegue y la evaluación** de los proyectos que incluye.

En relación con la **planificación y posterior evaluación** de la EASSE, se ha constatado en base a la experiencia acumulada que el carácter estratégico e interinstitucional que caracterizan a los proyectos sociosanitarios, junto con la imprescindible búsqueda de consensos entre diferentes, dificultan el cumplimiento de los indicadores y plazos establecidos.

Adicionalmente, los proyectos sociosanitarios se caracterizan por ser proyectos de largo recorrido que requieren una visión panorámica en la evaluación de los hitos e impactos alcanzados.

Por ello, se ha optado por diseñar una **planificación longitudinal** a lo largo del periodo determinado en la presente legislatura, orientada a resultados y enfocada en la mejora continua de los procesos propios de la coordinación sociosanitaria.

En concreto, se propone realizar **memorias de actividad anuales**, que den cuenta del seguimiento de los proyectos y el cumplimiento de los objetivos establecidos. Dichas evaluaciones permitirán reconducir las posibles desviaciones técnicas y medir el grado de desarrollo de los proyectos. En base a lo anterior, se dispondrán de **tres memorias de actividad** para los años 2021, 2022 y 2023 así como la memoria final que corresponderá a la **memoria de evaluación** correspondiente y data para finales de 2024.

En lo relativo al **despliegue**, además del desarrollo de la presente estrategia se **colaborará en el impulso de otras estrategias confluyentes**, a fin de establecer sinergias y propiciar nuevas líneas de investigación e innovación en el ámbito sociosanitario. Para más información ver [\*Anexo III\*](#).





## 2. Contexto actual

### 2.1. Contexto sociodemográfico<sup>6</sup>

El contexto sociodemográfico plasma una evolución social, rica en matices y vertiginosa en sus cambios y consecuencias, que puede ser resumida en varios titulares:

- La elevada esperanza de vida con calidad, envejecimiento y escaso dinamismo demográfico.
- La heterogeneidad en las configuraciones familiares: disminución del tamaño de las familias, transformación de roles y feminización de los hogares unipersonales.
- El impacto en el sistema prestacional de la dependencia y la discapacidad.

Dada la relevancia y extensión de los datos recogidos se incluyen como [Anexo I](#) a la Estrategia.

### 2.2. Contexto organizativo: gobernanza sociosanitaria de Euskadi

El ecosistema sociosanitario se caracteriza por la complejidad inherente a la relación que mantienen los sistemas, fundamentalmente el social y el sanitario - con relaciones puntuales con el sistema educativo- y sus actores, profesionales sociales y sanitarios/as, que prestan atención a las personas con necesidades sociosanitarias.

Esta complejidad, que determina la relación entre los sistemas social y sanitario, es multidimensional: existe en el plano organizativo, competencial, de medios (humanos, materiales -tecnológicos-, etc.), e incluso de historia y trayectoria de ambos sistemas. Estos planos de relación, diversos entre sí y en sí mismos, se ordenan y relacionan en el ecosistema sociosanitario en base a un modelo de coordinación con un eje común: dar respuesta a las necesidades de atención y cuidados sociosanitarios que presentan las personas.

En Euskadi, a **nivel institucional**, la atención sociosanitaria se organiza en base a un **marco de colaboración** que supone la **coordinación** de las administraciones públicas vascas responsables en materia de atención sanitaria y social en sus distintos niveles, es decir, en la atención primaria y secundaria, intrasistema e intersistemas.

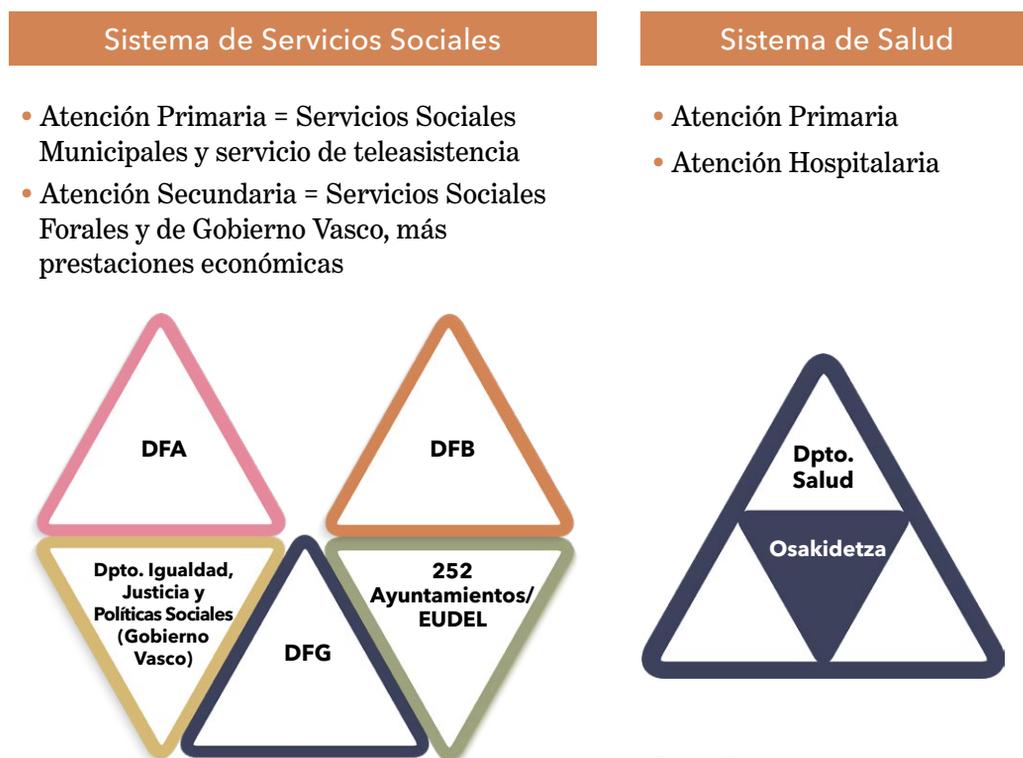
---

<sup>6</sup> La información recogida en este apartado procede de diferentes fuentes secundarias de carácter cuantitativo, que ofrecen datos sobre la realidad sociodemográfica de Euskadi. En particular, se ha recurrido a organismos especializados en la elaboración de estadísticas, como el Instituto Vasco de Estadística (en adelante EUSTAT), Ikuspegi (Observatorio Vasco de Inmigración), el Instituto Nacional de Estadística (INE) o el Ministerio de Sanidad con sus Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, así como a algunos estudios en profundidad de temáticas concretas realizados por diferentes departamentos de Gobierno Vasco, especialmente la Encuesta de Familias y Hogares 2019 (en adelante EFH 2019) y la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (en adelante EDPS 2018), ambas del Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales.

Este mapa institucional se concreta en los **252 ayuntamientos vascos** representados por EUDEL, como puerta de entrada al sistema de servicios sociales en Euskadi y, por tanto, **responsables de la provisión de atención primaria** -salvo el servicio de teleasistencia-; los **tres gobiernos forales** (Álava, Bizkaia y Gipuzkoa), con competencias en materia de **políticas, servicios y prestaciones sociales de atención secundaria**; y el **Gobierno Vasco**, con responsabilidad tanto en la **planificación y prestación de políticas sociales como sanitarias** y en la **prestación asistencial sanitaria** (a través de Osakidetza), **y de servicios sociales** (teleasistencia y otros servicios y prestaciones de atención secundaria a través de la Viceconsejería de Políticas Sociales)<sup>7</sup>.

**Figura 5.**

Mapa institucional de la coordinación sociosanitaria de Euskadi.



Fuente: Elaboración propia.

En el plano **organizativo y asistencial**, la colaboración interinstitucional se despliega con acuerdos materializados, entre otros, mediante los diversos protocolos de coordinación sociosanitaria. Estos protocolos determinan, en el ámbito de influencia de cada organización sanitaria integrada, el marco de

<sup>7</sup> Según la distribución competencial establecida, para los tres niveles de las administraciones públicas vascas, por la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales y desarrollada en el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, que regula los criterios, requisitos y procedimientos de acceso a la cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

relaciones de colaboración y actuaciones coordinadas de las instituciones y organizaciones que intervienen en la prestación integral y efectiva de atención sociosanitaria a la población. Esto es: municipios del ámbito de influencia de la OSI con sus respectivos servicios sociales de atención primaria; servicios sociales de atención secundaria de titularidad foral; redes de salud mental; entidades del Tercer Sector y otros agentes del ecosistema sociosanitario.

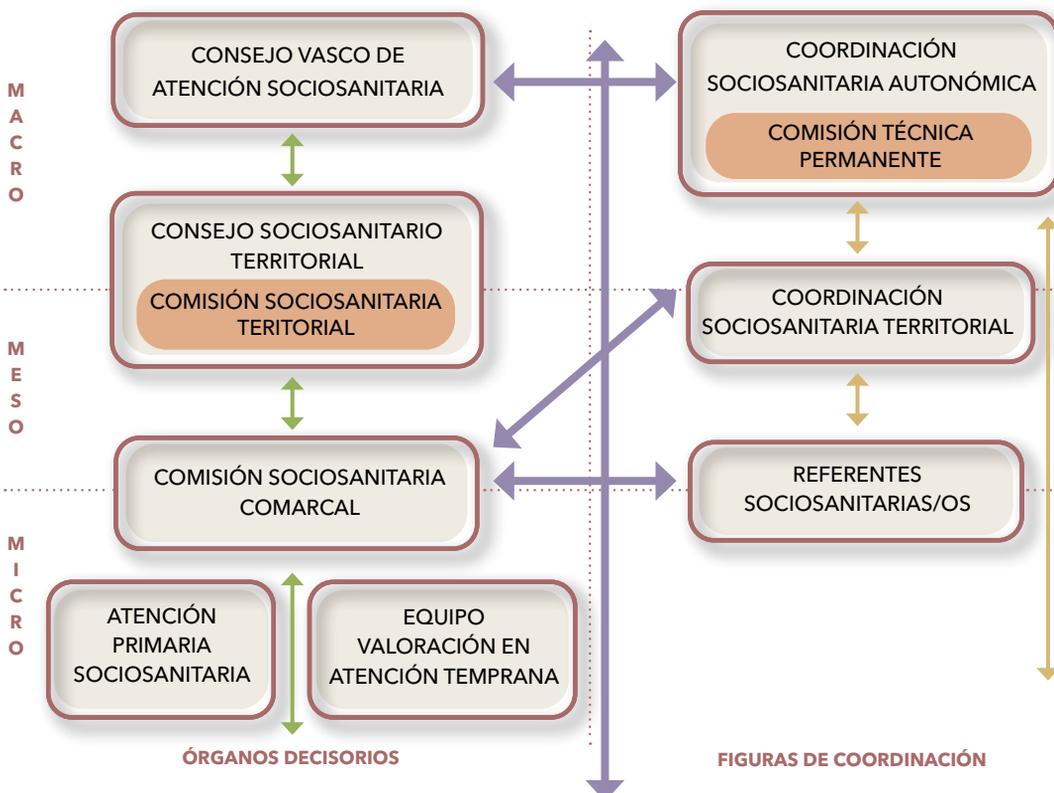
La pluralidad de actores, con sus estructuras, funciones y relaciones, los recursos y herramientas empleadas en la coordinación de actuaciones, así como la diversidad de ámbitos y niveles asistenciales que intervienen en la atención sociosanitaria, constituyen los elementos base de la arquitectura del **Modelo de Gobernanza Sociosanitaria de Euskadi**.

Este modelo establece un **marco común para la actuación consensuada y coordinada de las instituciones con responsabilidad en la atención sociosanitaria**, y actúa como **mecanismo para la integración funcional y regulación formal** de las/los profesionales y los recursos que participan en ella.

De acuerdo con dicho modelo, la complejidad competencial, organizativa y asistencial que caracteriza a las relaciones entre ambos sistemas en los diferentes ámbitos territoriales **se ordena funcionalmente** en torno a **dos ejes** articulados por **los órganos decisorios y las figuras de coordinación sociosanitaria**.

**Figura 6.**

Modelo de Gobernanza Sociosanitaria de Euskadi.



Fuente: Elaboración propia.

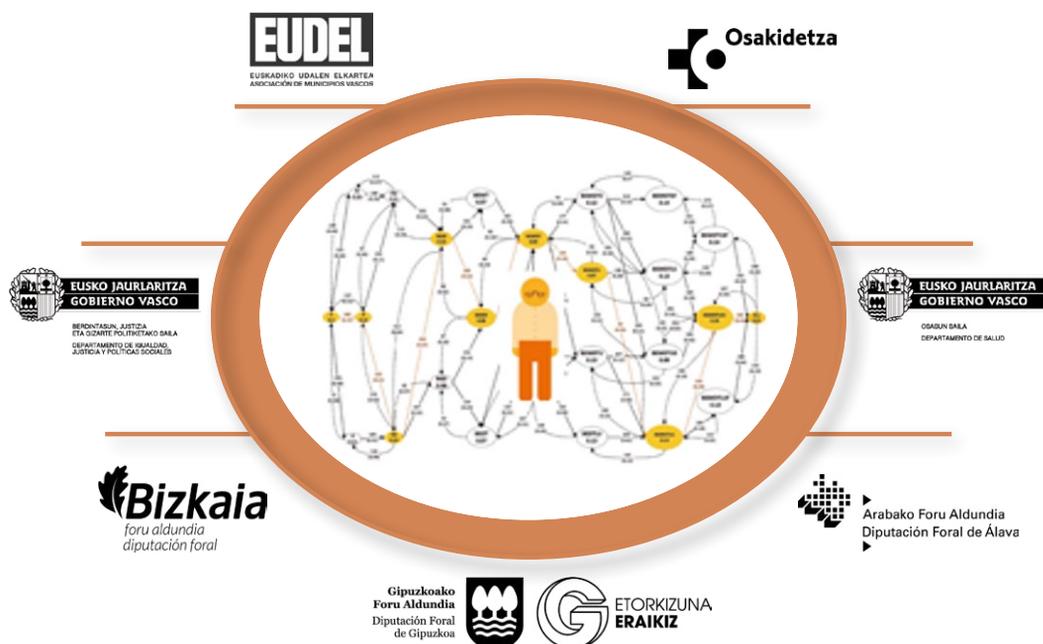
Los **órganos decisorios** son órganos de composición interinstitucional y/o multidisciplinar que se configuran para la toma de decisiones en un ámbito territorial (autonómico, foral, comarcal y local), y en base a un determinado nivel de gestión: nivel de gestión de planificación y ordenación (también denominado nivel de macro gestión); nivel de gestión organizativa (nivel de meso gestión), y nivel de gestión asistencial (nivel de micro gestión). En Euskadi son órganos decisorios el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria; los Consejos Sociosanitarios Territoriales; las Comisiones Sociosanitarias Territoriales; las Comisiones Sociosanitarias Comarcales; la Atención Primaria Sociosanitaria y los Equipos de Valoración de Atención Temprana.

Las **figuras de coordinación** asumen la coordinación funcional entre los ámbitos de salud y de servicios sociales. El Modelo de Gobernanza Sociosanitaria de Euskadi cuenta para ello con las figuras de la Coordinación Sociosanitaria Autonómica, con la Comisión Técnica permanente, la Coordinación Sociosanitaria Territorial, y las/ los referentes sociosanitarias/os.

El Modelo de Gobernanza Sociosanitaria de Euskadi, como definición de las relaciones estructurales y funcionales entre los ámbitos de servicios sociales y de salud a nivel territorial, y entre los diferentes niveles asistenciales y planos de gestión, establece por tanto un **marco de trabajo interinstitucional, multinivel y pluridisciplinar**.

### Figura 7.

Atención sociosanitaria, paradigma complejo de coordinación de sistemas en un marco interinstitucional.



Fuente: Elaboración propia.

Así, la definición y articulación del Modelo de Gobernanza Sociosanitaria de Euskadi, no es ajena a la heterogeneidad competencial que supone la armonización de los intereses de los diferentes actores institucionales y demás agentes públicos que intervienen en la atención sociosanitaria.

Tampoco en su articulación se elude la necesidad de conjugar la dispar trayectoria de los sistemas social y sanitario, ya sea en el plano organizativo, en el carácter de los recursos o en la diferente “edad” y “grado de maduración” alcanzado por los sistemas.

En definitiva, este Modelo de Gobernanza Sociosanitaria<sup>8</sup> se funda en el **respeto competencial, la corresponsabilidad y la armonización de actuaciones** para la atención coordinada y la continuidad de cuidados de las personas con necesidades sociosanitarias en Euskadi.

### 2.3. Políticas de transición sociosanitaria

El sistema vasco de salud y el sistema vasco de servicios sociales articulan servicios de personas a personas, esenciales, relacionales y de interés general en un contexto en profunda transformación sobre cuyo fondo destacan las **tres transiciones: social-sanitaria, tecnológico-digital y ecológico-medioambiental**.

Transformaciones cuantitativas, pero, sobre todo, cualitativas, que requieren **respuestas sistémicas y coordinadas**. Se trata de responder a un contexto social y sanitario en transformación con *políticas que faciliten la transición a una nueva realidad*, sensible a las necesidades presentes y emergentes de atención sociosanitaria.

El envejecimiento de la sociedad y el aumento de las necesidades de apoyos (sociales y sanitarios), unido a la crisis del modelo tradicional de cuidados, la diversificación de los modelos de familia y convivencia, con un incremento de los hogares unipersonales, o el aumento de la soledad, la diversidad creciente de la sociedad vasca, la respuesta a las necesidades del entorno rural, entre otros aspectos, representan **desafíos de primer orden para los sistemas de salud y de servicios sociales**.

---

<sup>8</sup> A la espera de que el Modelo de Gobernanza Sociosanitaria sea provisto de articulación normativa adecuada, la atención sociosanitaria en Euskadi se sustenta actualmente por el marco normativo que establecen tres leyes:

- La Ley 27/1983, de 25 de noviembre, que regula las relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos.
- La Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, complementada por el reciente Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- La Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, completada con el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, que regula los criterios, requisitos y procedimientos de acceso a la cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

Responder a estos desafíos requiere un cambio de paradigma en la atención sociosanitaria enfocado a la definición de **políticas de transición orientadas hacia un nuevo modelo de cuidados sociales y sanitarios**.

Un modelo que intensifique la atención en la comunidad y el domicilio, y genere ecosistemas de cuidados de larga duración, respetuoso con el proyecto vital de las personas que promueva la autonomía y la vida plena en todas las situaciones, contingencias y etapas del ciclo vital desde un enfoque preventivo y sostenible.

Se trata de evolucionar hacia un modelo que, asentado en la **innovación**, abra nuevos **horizontes en la atención sociosanitaria en Euskadi** que propicien transformaciones de calado como la **digitalización de la atención** (soportado en nuevas herramientas -historia sociosanitaria electrónica, teleasistencia de segunda generación-, etc.), la potencialización de la **atención primaria sociosanitaria** o el desarrollo la **dimensión preventiva**, entre otras.

## 2.4. Nuevos desafíos y visiones emergentes

### Factores coyunturales

La pandemia provocada por la COVID-19 plantea el mayor desafío sistémico que enfrentan las sociedades en la época contemporánea.

**Los efectos coyunturales de la crisis amenazan con ahondar problemas estructurales y generar nuevos riesgos**, con consecuencias (en algunos casos todavía por determinar) para la capacidad de los sistemas responsables de dar respuesta a la atención sociosanitaria.

Asimismo, la pandemia de COVID-19 supone un riesgo para la salud y el bienestar social de las personas, en particular para quienes enfrentan situaciones de desigualdad social.

**Contar con todas/os significa diseñar políticas públicas de contención y prevención ante la COVID-19.**

#### • **VULNERABILIDAD EPIDEMIOLÓGICA Y SOCIAL** <sup>9</sup>

La pandemia de la COVID-19 ha provocado **nuevas situaciones de vulnerabilidad** relacionadas con las condiciones de vida, que no afectan por igual al conjunto de la población.

<sup>9</sup> Vulnerabilidad epidemiológica y social se añaden a la vulnerabilidad clínica, entendida como el mayor riesgo de morbimortalidad y de necesidad de recursos en función de una serie de características individuales como la edad o problemas crónicos de salud.

Entraña riesgos de exacerbación de las desigualdades sociales, la pobreza y la exclusión social dado que la recuperación económica de la crisis precedente (2008) no ha logrado resolver los casos de exclusión social grave, frecuentemente invisible -por la capilaridad de un fenómeno que afecta a personas en barrios, áreas urbanas y rurales, y municipios muy diversos-.

En el actual contexto epidémico, la vulnerabilidad social<sup>10</sup> puede comportar, además, un mayor riesgo epidemiológico para una parte de la población. Este riesgo se constata cuando esta se ve afectada por la posibilidad de una mayor exposición a la infección, además de la probabilidad de padecer un retraso en el diagnóstico o en la identificación de contactos, una mayor dificultad para seguir las medidas de aislamiento social por causa de sus propias condiciones de vida (habitacionales, red de apoyos, necesidades de cuidados o como persona prestadora de estos, situación económica, estatus migratorio, discapacidad, etc.) e incluso trabas para lograr la efectividad de las medidas para la prevención, detección de casos y estudio de contactos para el control de la transmisión.

En definitiva, un control epidemiológico eficaz comporta, además de una adecuada identificación de la vulnerabilidad epidemiológica de la población, la identificación y el tratamiento de las situaciones de vulnerabilidad social en Euskadi.

Para ello es necesaria la coordinación efectiva de los agentes implicados de modo que se refuercen las estructuras y mecanismos de coordinación sociosanitaria entre sistemas, así como otras fórmulas de coordinación intersectorial, que incluyen también al Tercer Sector y al Voluntariado.

### • CRISIS DEL MODELO DE CUIDADOS

La pandemia de COVID-19 ha evidenciado la importancia de los cuidados para garantizar una sociedad más igualitaria y sostenible y ha logrado trasladarla al centro del debate social y a la dimensión pública, subrayando al mismo tiempo la crisis que afectaba ya al modelo tradicional de cuidados: *en una sociedad que cuida, los cuidados han sido declarados esenciales*.

En este modelo tradicional los cuidados, situados en los márgenes invisibilizados de la sociedad y de la economía reproductiva, han sido asignados como trabajo de cuidados no remunerado a una parte de la sociedad, las mujeres, haciéndoles responsables de su prestación en el ámbito doméstico y social, descargando así de responsabilidad al resto de

---

<sup>10</sup> La vulnerabilidad social y epidemiológica frente a la COVID-19 afecta a colectivos en situación de desventaja en el cumplimiento de las recomendaciones y medidas de Salud Pública, entre los que se encuentran, por ejemplo: las personas institucionalizadas en centros de internamiento de extranjeros y prisiones, quienes no tienen recursos o se encuentran sin techo, migrantes en situación irregular; mujeres víctimas de violencia de género y menores víctimas de abusos, ancianos solos, familias monoparentales y, en general, todas las personas con una baja accesibilidad a los recursos sanitarios.

la sociedad y a las instituciones sobre la organización de los cuidados. El modelo tradicional de cuidados se explica, por tanto, desde la fractura de género, pero también por el peso de desigualdades de clase social y etnia, por la limitada participación de los servicios sociales y el recurso creciente al mercado en el ámbito del empleo doméstico, entre otros factores.

**La pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de hacer sostenible -en todas sus dimensiones- un modelo de cuidados de larga duración** que hasta el momento se caracterizaba por la invisibilidad y la escasa valoración y reconocimiento social de los cuidados proporcionados en el ámbito familiar, y del trabajo de cuidados no remunerado o no profesional en general, o la ausencia de vinculación de estas personas con el sistema público de servicios sociales. Y por la precariedad resultante de una baja remuneración combinada con la intensidad de las jornadas laborales, la falta de profesionalización del sector, etc. en el ámbito de los cuidados profesionales.

La extensión de la epidemia en Euskadi y la mortalidad registrada en centros residenciales ha provocado la activación y refuerzo de algunos mecanismos clave para garantizar la calidad asistencial en los centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad. Por ejemplo, con los equipos de inspección mixtos, integrados por profesionales de servicios sociales forales y de salud y otras medidas de coordinación intersectorial para garantizar la calidad de la atención sociosanitaria.

Además, la pandemia de COVID- 19 ha subrayado la necesidad no sólo de transformar el modelo de cuidados profesionales en centros residenciales, sino de reforzar la atención, primaria y secundaria, en la comunidad favoreciendo la permanencia de las personas en su entorno social habitual.

Todo ello pone de manifiesto **la necesidad de una revisión profunda del modelo de cuidados**, con la exigencia de **rediseñar el esquema de provisión de cuidados a lo largo del ciclo vital**.

Este rediseño implica, entre otros aspectos, reforzar la responsabilidad pública y el cuidado institucional y promover un nuevo equilibrio entre la atención primaria y secundaria, así como impulsar la cooperación de los sectores público, privado, de iniciativa social y familiar-comunitario, y la corresponsabilidad de los hombres, en la respuesta a la necesidad de cuidados, asegurando que el cuidado familiar de personas en situación de dependencia, con discapacidad o enfermedades graves, crónicas o degenerativas sea siempre una opción informada, consciente, libre, adecuada y con apoyos tanto para las personas cuidadas como cuidadoras.

Supone, por tanto, organizar y dignificar socialmente los cuidados, sin descargar la responsabilidad en las mujeres, y, además, reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidados no remunerado, incluido el cuidado familiar, así como favorecer la representación de quienes cuidan),

con especial atención a quienes afrontan situaciones de discriminación o exclusión, también en este ámbito en razón a género, edad, origen, etc.

Es decir, es necesario construir y consolidar un sistema de cuidados de larga duración de calidad y sostenible, a lo largo del ciclo vital, como puntal fundamental del sistema de protección y del Estado del Bienestar.

Y hacerlo desde la cooperación entre los tres sistemas que proveen cuidados o servicios personales, de personas a personas, mediados por la relación: el sanitario, el de servicios sociales y el educativo, impulsando también los espacios de intersección, sociosanitario y socioeducativo.

Todos ellos son Servicios Sociales de Interés General y todos ellos han de estar informados por el modelo comunitario de atención (personalización, integralidad, continuidad, prevención, proximidad, participación...) o por el Marco Europeo Voluntario de Calidad para los Servicios Sociales (de Interés General) del Comité de Protección Social de la Unión Europea.

### • **EQUIDAD Y JUSTICIA DISTRIBUTIVA**

Pese a la robustez de los sistemas de servicios sociales y de salud en Euskadi, la magnitud de la epidemia ha introducido en el análisis y reflexión sobre la gestión de los recursos asistenciales disponibles en ambos sistemas cuestiones relativas a su eficiencia, así como la dimensión ética de la toma de decisiones (priorización, racionamiento, limitación, etc.) en situación de elevada presión asistencial en un contexto de contención y mitigación de la expansión de la COVID-19, y sus consecuencias para la calidad de vida de las personas en el ámbito sociosanitario.

Por ello es oportuno introducir la consideración del **valor de la equidad y del principio de justicia distributiva**<sup>11</sup> no sólo en una situación ordinaria sino también de forma particular en la **toma de decisiones éticas** en el contexto de la pandemia de COVID-19, dada la universalidad de los sistemas social y sanitario en Euskadi y la persistencia de desigualdades sociales en salud.

### • **DISTANCIA, AISLAMIENTO SOCIAL Y SOLEDAD NO DESEADA**

Las experiencias de soledad no deseada y aislamiento social se han hecho más evidentes con las medidas de distanciamiento y aislamiento (confinamiento domiciliario, confinamiento perimetral, etc.) derivadas de los intentos de contención de la expansión de la COVID-19.

---

<sup>11</sup> El principio de justicia distributiva plantea un reparto de recursos que favorezca a las personas en situación de desigualdad/menos favorecidas y que estas resulten beneficiarias de una mayor asignación de recursos.

La crisis provocada por la COVID-19 ha exacerbado algunas de estas situaciones<sup>12</sup>, ha hecho emerger más casos de soledad y aislamiento social -especialmente en relación con la pérdida de autonomía, transitoria o permanente-, y ha adquirido una dimensión pública<sup>13</sup> de tal relevancia que ha favorecido una mayor sensibilización y conciencia por parte de la sociedad vasca de la importancia de promover intervenciones que fomenten la **sociabilidad y el desarrollo de un tejido relacional** que aproveche todos los activos comunitarios y redunde en el bienestar social de la población en Euskadi.

#### • SALUD MENTAL

El impacto de la pandemia COVID 19 ha cuajado en un plano de vivencias, cognitiva y afectivamente, disonantes.

Por una parte, las objetivas y ya destacadas como la distancia interpersonal, el aislamiento social y la soledad no deseada. Por otra parte, las subjetivas en las que el otro se percibe indiscriminadamente como un agente de riesgo, con el que hay mantener la distancia, así como la vivencia personal de ser potenciales agentes de riesgo para nuestro entorno más cercano.

La experiencia de esta ruptura con la normalidad, práctica y afectiva se ha sustanciado en un malestar social e individual, difuso y mal ubicado, que sin embargo ha tenido una presencia más evidente en determinados colectivos caracterizados por su especial vulnerabilidad.

Los niños, niñas y los/as jóvenes menos dotados, por su momento evolutivo, de recursos para la elaboración de este malestar, desde la perplejidad cognitiva y la vivencia del estrés del aislamiento.

En el otro extremo se ubican las personas mayores, sobre todo las convivientes en los centros residenciales, sometidas a unas condiciones de seguridad que han implicado un aislamiento absoluto del mundo afectivo de sus allegados/as, y otras que residiendo en su domicilio carecen de redes de apoyo y sufrieron igualmente una situación de aislamiento durante el confinamiento domiciliario.

Mencionar en estos colectivos de especial significación el personal sanitario y sociosanitario - en particular de atención a personas en situación de dependencia, exclusión o con discapacidad - sometidos a condiciones extraordinarias de estrés, incertidumbre y urgencia con un impacto elevado profesional y personal.

---

<sup>12</sup> Según el *Informe España 2020* (Universidad de Comillas, 2020), la “la crisis provocada por el coronavirus ha provocado que el 11% de las personas consultadas en una encuesta propia confiese sentir soledad grave, frente al 5,2% que consideraba padecerla antes de la pandemia”.

<sup>13</sup> La dimensión de la soledad como problema de salud pública motivó que en enero de 2018 se crease el Ministerio de la Soledad en Reino Unido al mismo tiempo que se ponía en marcha la primera estrategia gubernamental para combatir la soledad con el objetivo, entre otros, de articular medidas orientadas a lograr la prescripción social por parte del conjunto de facultativos/as de Atención Primaria de actividades comunitarias y servicios de voluntariado para 2023.

En un plano propositivo además de celebrar la movilización que se ha realizado, en el plano sanitario y social, profesional y del voluntariado, para abordar, explicar y encauzar este malestar también se debe plantear la elaboración, social, cognitiva y afectiva, que nos permita comprender y asimilar el significado de las situaciones actuales y abordar las futuras con este aprendizaje.

### • **SOLIDARIDAD Y CORRESPONSABILIDAD**

En el contexto generado por la COVID-19 se ha evidenciado la necesidad de abogar en Euskadi por un **modelo de trabajo de cooperación interinstitucional y de responsabilidades compartidas** no solo exclusivamente a nivel institucional, sino también con implicación del tejido productivo, del Tercer Sector y del ámbito más próximo a cada una de las personas, el comunitario, de modo que se **coordinen esfuerzos en torno al bien común: las personas y su bienestar.**

## Factores estructurales

Euskadi lleva algo más de una década experimentando importantes cambios estructurales que, progresivamente, van modelando un nuevo contexto demográfico, social, económico y cultural.

Estas transformaciones exigen la **adaptación de los sistemas de servicios sociales y de salud** para dar respuesta a la combinación de viejas y nacientes necesidades que presentan las personas en el marco de una sociedad del Bienestar que apuesta por la **universalidad, la solidaridad, la equidad y la sostenibilidad como elementos de cohesión social.**

Para ello, y como condición para una adecuada intervención (también con orientación preventiva), ambos sistemas deben incorporar elementos que interpreten y anticipen las tendencias y dinámicas de cambio que, en sentido amplio, modelan y condicionan en presente y a futuro el bienestar, la salud y la calidad de vida de la sociedad vasca en su conjunto.

### • **EDADISMO O DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE EDAD. DECENIO DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**

El envejecimiento de la estructura demográfica de las sociedades conlleva en algunos casos el surgimiento de un fenómeno social novedoso: la **discriminación de las personas mayores de 65 años**, coincidiendo -en la mayor parte de los casos- con la edad de jubilación y el abandono de la vida laboral. Es entonces cuando las personas mayores en ocasiones comienzan a representarse socialmente como un problema: se plantea una asociación entre el envejecimiento y el aumento del gasto social y sanitario,

el crecimiento de la demanda de cuidados, la pérdida de autonomía, y la amenaza para el sistema de pensiones y de protección social<sup>14</sup>, etc.

La percepción social de las y los mayores como vulnerables– un colectivo integrado por personas que en su mayoría son autónomas y que cuentan con recursos y capacidades de todo tipo–; es una construcción social que pretende justificar un trato diferenciado y excluyente de las personas mayores por *improductivas, frágiles, incapaces, dependientes*, etc. Sin embargo, ni todas afrontan situaciones de vulnerabilidad – una vulnerabilidad que el edadismo subraya –, ni la vulnerabilidad es un resultado con un origen exclusivo en el proceso biológico de envejecimiento, siendo determinantes otros factores personales de carácter psicosocial y, por supuesto, el contexto.

En la sociedad vasca las personas mayores han sido histórica y culturalmente un bien y un valor social. Desde esta consideración, se defiende el valor de la contribución, el talento, el conocimiento y las capacidades, de las personas mayores, para el desarrollo cultural, social y económico de Euskadi.

Y, al tiempo, se promueve su participación social en el diseño de las políticas públicas, y su completa realización personal para el disfrute del mayor grado de bienestar posible, desde un enfoque que incluye el ejercicio efectivo de los derechos que les corresponden como ciudadanas y ciudadanos.

Con este enfoque se ha desarrollado la [\*Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo \(2015-2020\)\*](#)<sup>15</sup>, como impulso del envejecimiento saludable y de la participación comunitaria de las personas mayores, la iniciativa [\*Euskadi Lagunkoia\*](#) (Departamento de Justicia, Igualdad y Políticas Sociales del Gobierno Vasco) ha fructificado en una red en la que más de sesenta municipios vascos incentivan la participación de las personas mayores y de la ciudadanía en general para la mejora de los barrios y entornos de vida en los municipios, adecuándolos a las necesidades que plantea el envejecimiento de una parte de la población.

En esta línea se formula también el segundo plan de acción de la Estrategia Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la Organización Mundial de la Salud, con el auspicio de las Naciones Unidas, que plantea la siguiente década como el [\*Decenio del Envejecimiento Saludable \(2020-2030\)\*](#)<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> En 1968 el gerontólogo estadounidense Robert Butler definió la discriminación que sufren las personas por su edad, el edadismo (ageism), en base a la combinación de tres elementos que pueden interactuar entre sí: las actitudes perjudiciales hacia las personas mayores, la vejez y el proceso de envejecimiento; prácticas discriminatorias contra las personas mayores; y las políticas y prácticas institucionales que contribuyen a perpetuar estos estereotipos.

<sup>15</sup> Durante el periodo de formulación de esta Estrategia (2021), se está elaborando una nueva estrategia vasca con las personas mayores, de carácter integral y con un enfoque de vida plena, en cuyo marco se está realizando también la evaluación de la [\*Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo\*](#).

<sup>16</sup> La Década del Envejecimiento Saludable (2020-2030) propone optimizar la capacidad de las personas mayores mediante la acción en cuatro ejes clave de transformación: 1. Cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos frente a la edad y el envejecimiento; 2. Desarrollar comunidades de manera que fomenten las habilidades de las personas mayores; 3. Prestar atención integral y servicios de salud primaria que respondan a las necesidades de las personas mayores; y 4. Proporcionar a las personas mayores que lo necesiten acceso a cuidados de larga duración. Asimismo, la OMS ha publicado un informe (Decade of healthy ageing: Baseline report, OMS:2021) que contiene una definición de objetivos para 2030, así como los escenarios de progreso previsto y numerosas evidencias de países e iniciativas exitosas en el desarrollo de políticas para el envejecimiento saludable.

Por último, conviene subrayar que, en ocasiones, la edad se interrelaciona con otra categoría social, convertida a su vez en eje de desigualdad: el género, dando lugar a situaciones en las que las **mujeres mayores son víctimas de una discriminación amplificada** por efecto del sexismo<sup>17</sup>.

### • SOLEDAD NO DESEADA Y AISLAMIENTO SOCIAL

En tiempos de hiperconectividad y de sociabilidad reticular, emerge como paradoja, el peso de la soledad no deseada y el aislamiento social. Ambos, fenómenos estructurales y a la vez problemas sociales crecientes, son el resultado de modernas dinámicas sociales que provocan la pérdida, no deseada, de oportunidades para interactuar.

Soledad no deseada, aislamiento social, exclusión relacional... todas ellas se encuentran estrechamente vinculadas con factores de desigualdad social<sup>18</sup>. **La soledad y el aislamiento social, es decir, la restricción, o la ausencia o pérdida de la trama de relaciones interpersonales**, son una expresión o dimensión de la vulnerabilidad y exclusión social. A su vez, la soledad y el aislamiento social son en sí mismas potenciadoras de otras dimensiones de la exclusión social (asociadas por ejemplo al acceso a la información, las redes de apoyo, ayuda mutua e influencia, el empleo, la vivienda...) y tienen, desde luego, un impacto en la salud<sup>19</sup> y la integración social con autonomía, como objetivos principales de cada sistema.

La complejidad<sup>20</sup> y grado de afectación social en aumento (con efectos para la salud<sup>21</sup>) de este fenómeno, demanda en Euskadi **intervenciones multidimensionales (urbanísticas, de transporte, accesibilidad, cuidados, voluntariado, pobreza, comunitarias, sociales, de salud, etc.)**.

---

<sup>17</sup> La intersección entre edadismo y sexismo explica la invisibilidad que afecta a buena parte del colectivo de mujeres mayores, claramente mayoritario a partir de los 65 años de edad cuando se produce la *feminización de la vejez*. Los efectos de la discriminación por efecto de la interrelación de edad y género se manifiestan en fenómenos que tienen a las mujeres mayores como protagonistas de casos de exclusión, baja autoestima, mala salud, maltrato y violencia de género.

<sup>18</sup> “El sentimiento de soledad no deseada afecta al 23,3% de los hombres y al 29,7% de las mujeres, siendo mayor en las personas de edad avanzada y en adultos jóvenes, y en las clases sociales más desfavorecidas. Sentirse solo/a se asocia con una peor salud, tanto general (...) como mental. Las desigualdades sociales en la soledad, así como la asociación entre esta y la mala salud, fueron mayores entre las personas adultas jóvenes” (Unai Martín Roncero, Yolanda González-Rábago, Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital, Gaceta Sanitaria, 2020).

<sup>19</sup> Se disponen de evidencias claras de los efectos perniciosos de la soledad para la salud de las personas. Las consecuencias se manifiestan a nivel fisiológico, emocional y social, con muestras de problemas de hostilidad, resentimiento, depresión, tristeza, ansiedad, aumento de la ideación suicida y un mayor riesgo de muerte prematura. Recientes investigaciones informan del gran impacto que la soledad crónica puede tener para la salud física y mental de las personas. Por ejemplo, el aislamiento social se relaciona con mayores tasas de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, presión arterial alta, depresión y demencia.

<sup>20</sup> Según datos del Eustat a fecha de 1 de enero de 2019 las personas que viven solas en Euskadi constituyen el 12% de la población, y son en gran medida personas mayores, ya que el 42,8% personas de estas tienen 65 y más años: 112.531 personas. Pese a que vivir en soledad puede ser producto de una decisión personal, no es así cuando se experimentan situaciones de soledad no deseada.

<sup>21</sup> Se disponen de evidencias claras de los efectos perniciosos de la soledad para la salud de las personas. Las consecuencias se manifiestan a nivel fisiológico, emocional y social, con muestras de problemas de hostilidad, resentimiento, depresión, tristeza, ansiedad, aumento de la ideación suicida y un mayor riesgo de muerte prematura. Recientes investigaciones informan del gran impacto que la soledad crónica puede tener para la salud física y mental de las personas. Por ejemplo, el aislamiento social se relaciona con mayores tasas de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, presión arterial alta, depresión y demencia.

El objetivo es mitigar la soledad no deseada y el aislamiento social, así como de los elementos de desigualdad social que favorecen ambas, con iniciativas que continúen estimulando<sup>22</sup> la **sociabilidad y la conectividad social**<sup>23</sup>, el **reconocimiento y la inclusión social**, de forma que todo ello redunde en el bienestar y en una mejora de la calidad de vida de las personas en el marco de una sociedad cohesionada.

#### • VALOR ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA LONGEVIDAD

A modo de contrapunto y atendiendo al impacto que el envejecimiento demográfico supone para las arcas públicas -y la política defensiva generada en torno a sus costes en muchos gobiernos y países-, nuevos enfoques plantean las **oportunidades que se asocian a la maximización de la longevidad en términos sociales y económicos**, particularmente una vez que las personas han cumplido los 65 años.

Los argumentos que reconocen el valor económico de este grupo de población, en crecimiento, defienden un rediseño de la vida laboral tal y como se conoce, de modo que se estimule su prolongación mediante la apuesta por roles flexibles (y con la posibilidad de conciliar la necesidad de asumir cuidados no profesionales, por ejemplo), se incentive la productividad de las personas trabajadoras más allá de la edad de jubilación, se promueva el aprendizaje permanente, se fomente la adecuación de las políticas de recursos humanos, se apoye la incorporación de las nuevas tecnologías (y la necesaria capacitación de la fuerza de trabajo), y se desarrollen inversiones en salud que permitan garantizar la participación social y las contribuciones económicas de las personas mayores de 65 años durante el mayor tiempo posible.

En definitiva, se trata de propuestas que tratan de **maximizar la salud y minimizar/retrasar los efectos de la pérdida de autonomía** de una parte considerable de la población con el fin de que mantengan durante más tiempo su estatus de trabajadores/as y consumidores/as mientras continúan asumiendo, realizando labores de voluntariado... y todo ello garantizando un nivel de consumo de bienes y servicios.

---

<sup>22</sup> El Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales (Gobierno Vasco) impulsa desde 2020, y en el marco de participación público-social con las personas mayores que constituye *Agenda Nagusi*, un proyecto centrado en la soledad no deseada.

<sup>23</sup> El fomento de la sociabilidad y la conectividad se vincula con iniciativas que promuevan la movilidad de las personas a/en espacios accesibles en los que construir y mantener relaciones sociales, pero también se relaciona con las oportunidades de vínculo que ofrecen las nuevas tecnologías de la comunicación.

• **NUEVO MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN. ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y LA DISCAPACIDAD**

El deterioro físico y/o cognitivo, la multimorbilidad y la fragilidad que frecuentemente acompañan al envejecimiento, a partir de cierta edad, constituyen un elemento fundamental, pero la necesidad de cuidados de larga duración se plantea en distintos momentos del ciclo vital.

La atención a la dependencia, la discapacidad y las enfermedades graves o degenerativas a lo largo de la vida constituyen uno de los mayores desafíos de cara a construir y consolidar un **ecosistema de cuidados de larga duración sostenible desde todos los puntos de vista**.

El éxito de la longevidad debe de ir acompañado de calidad de vida. Un factor clave para ello se encuentra en la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía y otro en la posibilidad de acceso a cuidados (en cantidad y calidad) por parte de aquellas personas que precisan de apoyos que garanticen su bienestar a medida que pierden autonomía e incorporan grados de dependencia y/o discapacidad.

En este sentido, es necesario generar **redes o ecosistemas de cuidados** que:

- respondan a los principios de universalidad y responsabilidad pública, reconocidos por *las normas que regulan los sistemas públicos vinculados a los cuidados sociales, sanitarios y educativos, o de otro modo, a los Servicios Sociales de Interés General*.
- *y articulen la cooperación de los cuatro sectores (familias/comunidades, tercer sector social y sanitario, empresas, sector público) en la satisfacción de las necesidades sociosanitarias, más allá de las prestaciones y servicios incluidos en los catálogos de responsabilidad pública, así como en la provisión de dichas prestaciones y servicios de acuerdo con la normativa específica de cada ámbito (salud, servicios sociales, educación).*

La crisis del modelo tradicional de cuidados **recorre el contínuum de cuidados** que se desarrollan desde la **esfera doméstica/familiar** (cuidados domiciliarios no profesionales, servicios de teleasistencia y/u otros servicios de atención en el domicilio), **el entorno comunitario próximo al domicilio** (servicios de atención diurna, centros de día y de noche, etc.) y los **cuidados institucionalizados** (alojamientos residenciales) en un contexto sociodemográfico en el que los cuidados son una demanda presente, en tendencia creciente -frente a la disminución del número de potenciales personas cuidadoras-, y un desafío intergeneracional<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Un desafío intergeneracional porque la sociedad de cuidados se fundamenta en la reciprocidad de la provisión/devolución de estos en una relación en la que participan con frecuencia generaciones diferentes en momentos vitales diversos.

De los análisis más recientes sobre esta cuestión se derivan propuestas que abogan por iniciar una **reforma sistémica** orientada a la **desinstitucionalización de los cuidados**.

El objetivo último es lograr un **marco integral de cuidados** que garantice la calidad de estos incorporando un **abordaje preventivo** e incentivando el **vínculo de la persona cuidada con su entorno de vida, condición necesaria para su bienestar**. Se trata de salvaguardar que las personas sean el centro de todas las intervenciones y decisiones referidas a sus cuidados, garantizando su bienestar desde el **respeto a sus voluntades, valores, y, en definitiva, a su proyecto vital**.

Este cambio de paradigma señala también la necesidad de **incorporar la atención a la persona cuidadora**<sup>25</sup> (mayoritariamente mujeres) y la perspectiva de género en el diseño del modelo de cuidados de larga duración<sup>26</sup>, de modo que se reconozca la histórica invisibilización y el **desequilibrio en la asunción por parte de las mujeres de los cuidados** en el seno de la economía doméstica<sup>27</sup> desarrollando una **política transformadora de cuidados**<sup>28</sup>.

#### • DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD

La **intervención de los condicionantes sociales y económicos sobre la salud de las personas no se produce de modo equitativo, y tiene su expresión en forma de desigualdades sociales en la salud**. El acceso a diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud -entre los que se encuentra también el acceso al propio sistema de salud- en función de la clase social, el sexo, la etnia, el territorio o el barrio de residencia son ejemplos de factores generadores de desigualdades sociales en salud y de cómo los **colectivos socialmente más desfavorecidos se ven afectados por peores condiciones de salud**, enfrentando en muchos casos peores datos de morbilidad y mortalidad.

---

<sup>25</sup> Atención a las necesidades de conciliación de los cuidados con otras dimensiones de la vida, apoyo en la capacitación para el trabajo de cuidados o respiro y prevención y afrontamiento de las situaciones de estrés y agotamiento que conlleva la asunción de cuidados durante largos períodos de tiempo, detectando y resolviendo también situaciones inadecuadas de cuidado.

<sup>26</sup> El *documento Atención Sociosanitaria y personas cuidadoras no profesionales (2018)* propone incorporar calidad a la vida de quienes asumen la responsabilidad de los cuidados, mediante la articulación de tres líneas de trabajo complementarias: La provisión de acompañamiento/soporte humano a estas (apoyo emocional, apoyo en el duelo, etc.); la facilitación de trámites de carácter administrativo que permitan el empleo de nuevas tecnologías para la realización de gestiones básicas (por ejemplo, vía administración electrónica); y la provisión de soporte técnico que facilite e incorpore las mejores técnicas en el desarrollo de las actividades cotidianas del cuidado (cursos de formación).

<sup>27</sup> La asunción de cuidados no profesionales durante generaciones por muchas mujeres en el ámbito doméstico ha dificultado, cuando no impedido, su incorporación al mercado laboral (al mundo productivo) y, en consecuencia, la posibilidad de disfrutar de una pensión de jubilación a partir de los 65 años.

<sup>28</sup> Para ello se contará con la *Estrategia Sociosanitaria de Apoyo Familias Cuidadoras, 2021-2024*, que persigue *promover la adecuación y limitación del cuidado de las familias, en el marco de una política de cuidados sociales a lo largo del ciclo vital orientada a reforzar el cuidado institucional y reconocer, reducir y redistribuir el cuidado familiar*.

Por ello, **las desigualdades sociales y económicas afectan a la salud individual y colectiva y se convierten en expresión de inequidad social.**

La evidencia científica disponible señala que **las desigualdades sociales en salud pueden mitigarse con el desarrollo de políticas públicas e intervenciones sociales y sanitarias adecuadas**<sup>29</sup>.

Desde 2013, en Euskadi se ha incorporado **la salud como eje transversal y activo en todas las políticas públicas**<sup>30</sup> al objeto de reducir las desigualdades en salud y trabajar su prevención a futuro con la participación de diferentes sectores sociales y económicos desde todos los niveles de la gobernanza y con el compromiso y colaboración de las instituciones: ayuntamientos, Diputaciones Forales y Gobierno Vasco.

Se trata de continuar apostando por la **salud en todas las políticas, mediante el diseño e implementación de iniciativas públicas y desde una perspectiva multisectorial para lograr la equidad en salud** en cuanto a calidad de vida, a la esperanza de vida saludable y a la reducción del impacto de factores de mortalidad que afectan en desigual medida a las personas en función de su *código postal*.

Desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud, se subraya la importancia de la **atención a las necesidades sociosanitarias de colectivos especialmente afectados por ejes de desigualdad** y que los posiciona ante situaciones de discriminación o mayor vulnerabilidad social. Es el caso de las personas sin hogar, las personas mayores, las personas con dependencia y/o discapacidad, las y los menores en situación de desprotección, las personas que padecen un trastorno mental grave, las personas privadas de libertad, las personas víctimas de discriminación por su orientación sexual, las minorías étnicas, las personas cuidadoras, o las personas refugiadas, etc. Personas que se ven afectadas por las desigualdades en salud y cuyo mal estado de salud

---

<sup>29</sup> En 2005 la OMS creó la *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud* con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad en salud y promover tres recomendaciones para la actuación en favor de la reducción de las inequidades en salud: mejorar las condiciones de vida cotidianas; luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y medición y análisis del problema. En esta línea destacan las experiencias de algunos países europeos (Finlandia, Dinamarca, Suecia, Noruega, Holanda e Irlanda) y, en particular, los informes realizados por Michael Marmot y su equipo en 2010 (*Fair Society Healthy Lives, The Marmot Review 10 year on, 2010*) y 2020 (*Health Equity in England: The Marmot Review 10 years on*) que plantearon abordar los determinantes sociales de la salud y reducir las desigualdades en salud en Inglaterra a partir de una estrategia política fundamentado en ejes de intervención prioritaria.

<sup>30</sup> En particular, ha sido el objeto de las *Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020* (Departamento de Salud, Gobierno Vasco, 2014) que se plantearon a fin de “*mejorar la salud contemplando de forma simultánea y prioritaria tanto el nivel de salud como la equidad en salud (es decir, las desigualdades sociales en salud, entendidas como diferencias sistemáticas, evitables e injustas entre grupos sociales definidos de acuerdo con el género, la clase social, el lugar de residencia, el país de origen, la discapacidad, el tipo y las condiciones de trabajo)*”.

limita, a su vez, sus posibilidades de acceso al empleo, la vivienda, a recursos de apoyo para cuidados, o de completar una trayectoria educativa y/o de capacitación profesional, entre otras.

En definitiva, **promover la equidad en salud de todos/as y para todos/as a lo largo de toda la vida**, no es solo un recurso para lograr una mejor salud individual y del conjunto de la población sino también un **elemento generador de cohesión social y de ruptura de los mecanismos que reproducen las desigualdades sociales y causan exclusión social, pobreza y enfermedad.**





## 3. Misión, visión y valores

### MISIÓN

La misión que persigue la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024 se centra en:

“Una atención sociosanitaria que cuide a las personas en **todas las etapas del ciclo vital** desde un enfoque **sistémico, sostenible y respetuoso con su proyecto de vida**”.



### VISIÓN

En línea con la misión, la visión de la presente Estrategia se proyecta como:

“Alcanzar el máximo bienestar posible para las personas en un **marco de atención coordinado** y sensible a las **necesidades emergentes** de la sociedad vasca articulado como una red de **ecosistemas locales de cuidados, sociales y sanitarios**”.

## VALORES

La filosofía que inspira esta Estrategia se sustenta en un conjunto de valores éticos consustanciales a la atención socio sanitaria y a las intervenciones de los y las profesionales y agentes que participan en dicha atención. Tales valores se guían bajo la premisa del **bien común** como eje de todas las actuaciones y pueden resumirse en los siguientes:



### **Dignidad**

Solidaridad

### **Interoperabilidad**

Universalidad

### **Corresponsabilidad**

Autonomía

### **Prevención**

Cooperación

Multidisciplinariedad

Cohesión social

### **Sostenibilidad**

Adaptabilidad

Inclusión

Pragmatismo





## 4. Líneas transversales

La EASSE 2021-2024 incorpora, transversalmente, conceptos fuerza emergentes en todas las actuaciones a desarrollar. Estos conceptos fuerza o líneas trasversales, detalladas a continuación, buscan visibilizar de los discursos sociales hegemónicos y/o sistémicos que los definen, y a los que la EASSE 2021-2024 no puede permanecer ajena.

### 4.1. Equidad

El concepto de equidad es un principio de la justicia social que reconoce la existencia de desigualdades sociales y alude a la proporcionalidad en la aplicación de las respuestas ofrecidas para mitigarlas.

La equidad en el ámbito sociosanitario supone que las personas puedan alcanzar su máximo nivel de salud y bienestar al margen de las *circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud*<sup>31</sup>, es decir, al margen de la influencia de factores sociales que determinan diferencias injustas entre colectivos.

Desde esta perspectiva, la equidad no sólo debe impregnar las acciones de la atención sociosanitaria si no también el acceso a los recursos, asignando los recursos disponibles en función de las necesidades que presentan las personas.

### 4.2. Género

La promoción de la igualdad entre hombres y mujeres es un objetivo promovido por el conjunto de instituciones públicas y se encuentra presente en todas las políticas y programas públicos. Sin embargo, el enfoque de género cobra especial relevancia en el ámbito sociosanitario por tratarse de un espacio altamente feminizado.

Tradicionalmente, es a la mujer a quien se ha venido asignando socialmente la provisión de los cuidados en el núcleo familiar, provisión no remunerada, no reconocida e invisibilizada. La introducción de la mujer en el mercado de trabajo remunerado, entre otros aspectos, vinculados al impulso de la igualdad de mujeres y hombres, **quiebra el modelo tradicional de cuidados** y obliga a reenfoque la distribución de cargas y responsabilidades a favor de un **planteamiento equitativo y sostenible**.

---

<sup>31</sup> Definición de los determinantes sociales de salud según la OMS: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)

Una obligación que deriva también del reconocimiento del **derecho de las personas a ser cuidadas** reconociendo como un derecho subjetivo de ciudadanía el acceso a servicios sociales, de salud y sociosanitarios.

Así, la igualdad de género se presenta como un eje transversal, presente en todas las iniciativas y proyectos desarrollados en el marco de la EASSE 2021-2024 desde la búsqueda y adopción de nuevas alternativas al modelo de cuidados.

### 4.3. Comunicación, información y formación

La importancia de comunicar lo que hacemos, cómo lo hacemos o por qué lo hacemos nos permite un mayor entendimiento con las demás personas, entidades, instituciones... y una mayor comprensión de nuestras acciones.

En este sentido, con afán divulgativo del conocimiento disponible y del generado en el desarrollo de la presente estrategia, se intensificará la comunicación con los agentes clave de la atención sociosanitaria, informando de los hitos, los aprendizajes y las metas alcanzadas y capacitando a los/as profesionales cuando sea necesario.

### 4.4. Participación ciudadana

La consideración de la opinión de los y las profesionales y de la ciudadanía vasca en general, debe estar presente no sólo en la formulación de los objetivos y proyectos de la presente estrategia, sino también en el curso de la misma y en la evaluación de los resultados alcanzados.

La inclusión de la participación ciudadana democratiza y legitima el proceso de elaboración de la estrategia y obliga a proporcionar una devolución de la información tal y como obliga el ejercicio público de transparencia y rendición de cuentas públicas.

En este sentido, la participación como línea transversal implica que las expectativas y el sentir de la sociedad vasca serán corrientes que den forma a la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi y marquen el desarrollo de la agenda sociosanitaria para los próximos años.

### 4.5. Digitalización

Uno de los aprendizajes adquiridos durante la pandemia de COVID-19 ha sido la incorporación y mejora de las competencias digitales de la población tanto para la comunicación con el entorno familiar como para la relación institucional (administraciones públicas, redes de voluntariado, centros docentes o de investigación, etc.).

No obstante, existe un segmento de población para el que este modelo de relación digital no es accesible, por encontrarse en situaciones biológicas, sociales o económicas que les dificultan el consumo de los medios digitales (por ejemplo, personas mayores sin conocimiento de los dispositivos y medios tecnológicos, personas en situación de precariedad sin capacidad de disponer de una conexión a la red, personas excluidas o en situación de vulnerabilidad o, personas en situación irregular o en exclusión residencial; entre otros).

La brecha digital que se produce en el acceso a medios digitales genera desigualdades en el acceso a la información, a los recursos disponibles, a la formación y al contacto con su red relacional, desembocando en situaciones desfavorables para el colectivo de personas afectadas.

En este sentido, la digitalización como línea transversal de la EASS promueve el acceso de la ciudadanía vasca a los contenidos digitales, desde la sensibilización y el derecho del ciudadano a relacionarse digitalmente con las administraciones públicas.

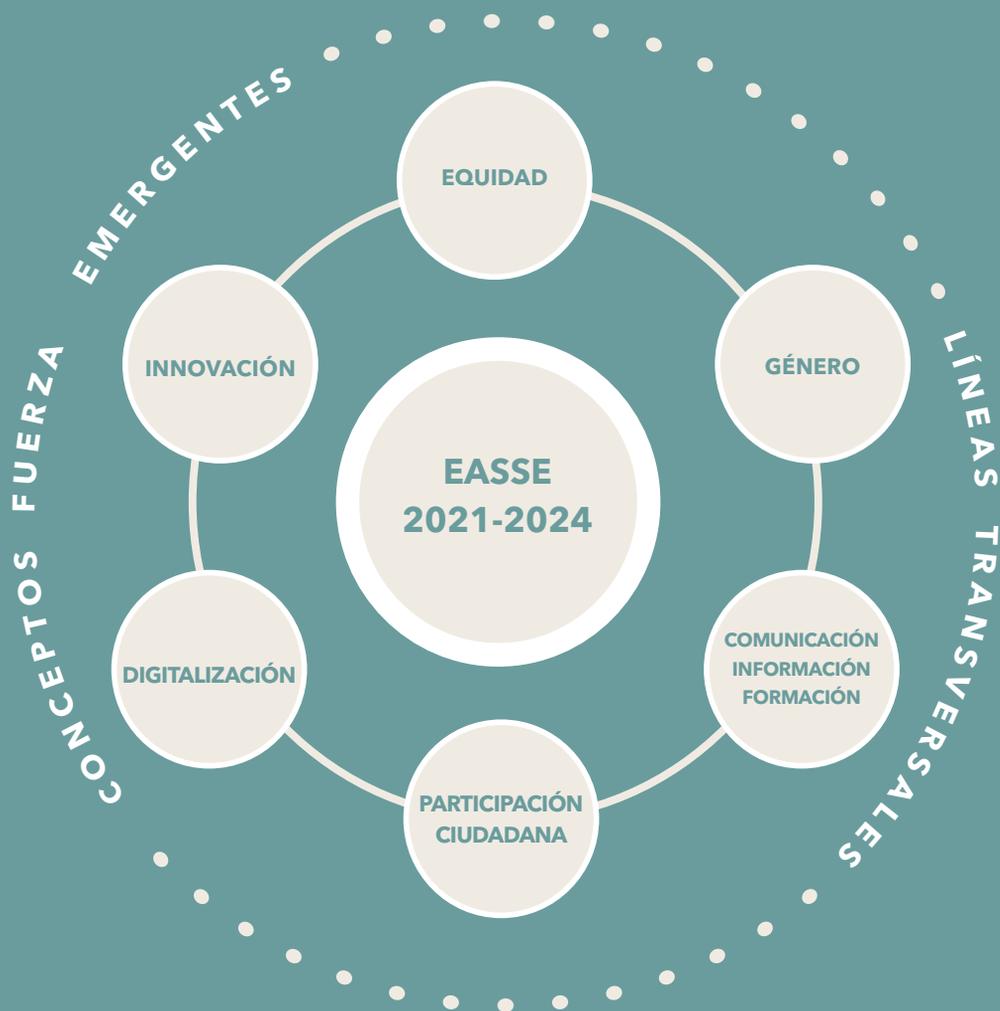
### 4.6. Innovación

La innovación es definida como el proceso de creación de un elemento nuevo o, la modificación de un elemento ya existente mediante la introducción de nuevos componentes que lo mejoran. Desde una u otra visión, la innovación es adaptativa y supone la evolución de un sistema o producto para su perfeccionamiento y mejora.

Desde esta perspectiva, la innovación es una cualidad inherente a la atención sociosanitaria pues está presente en las actuaciones que se activan para dar respuesta a las necesidades que manifiestan los/as ciudadanos/as vascos/as; ya sea desde la construcción de nuevas formas de hacer que mejoren las anteriores o, desde la concepción y experimentación de modelos completamente novedosos.

La cada vez mayor complejidad de los casos junto con la aparición de nuevas necesidades requiere altos niveles de innovación en las intervenciones de los equipos de atención sociosanitarios, en las estrategias de coordinación interinstitucionales y en el marco teórico que las sustenta.

Por todo ello, la innovación se constituye como un eje transversal de la presente estrategia que, si bien incluye una línea de trabajo específica para esta cuestión, aparecerá implícita también en el desarrollo de todos los proyectos propuestos, así como en el diseño de los programas y políticas que de ellos se deriven.



La **EASSE 2021-2024** incorpora, transversalmente, conceptos fuerza emergentes en todas las actuaciones a desarrollar.

Estos **conceptos fuerza o líneas transversales** buscan visibilizar de los discursos sociales hegemónicos y/o sistémicos que los definen y a los que la EASSE 2021-2024 no puede permanecer ajena.





## 5. Áreas de actuación y proyectos

### 5.1. Gobernanza sociosanitaria

El desarrollo de los principios de gobernanza en la definición, articulación y despliegue de las políticas sociosanitarias constituye una contribución decisiva al modelo de coordinación de la atención sociosanitaria del que se dota Euskadi para satisfacer las necesidades de su población.

La Gobernanza Sociosanitaria se articula en torno a tres proyectos que abordan la estructuración del modelo de coordinación sociosanitaria desplegado en Euskadi y la relación funcional entre los sistemas de salud y de servicios sociales.

Estos proyectos proponen la **articulación jurídica del modelo** que definen las relaciones entre las estructuras, los recursos y los instrumentos para la atención sociosanitaria en los sistemas de salud y de servicios sociales; la **configuración de una dirección** de atención sociosanitaria; y la **definición de un marco de financiación** común y compartido por todas las instituciones con responsabilidades en la atención sociosanitaria, a fin de garantizar la sostenibilidad financiera del modelo de coordinación y atender a los vacíos que afectan a los recursos y a la prestación de la atención sociosanitaria.

Los proyectos para el desarrollo de la Gobernanza Sociosanitaria, además de constituir pilares fundamentales en la construcción del modelo de atención sociosanitaria coordinada, se caracterizan por compartir unas condiciones comunes necesarias para su desarrollo.

En concreto precisan de:

- ▶ Colaboración interinstitucional.
- ▶ Lealtad institucional y respeto a la autonomía competencial.
- ▶ Un marco de trabajo común, corresponsable y consensuado, en el seno del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
- ▶ Responsabilidad colectiva y afán por el bien común.
- ▶ Armonización de intereses territoriales y equidad en la respuesta a las necesidades sociosanitarias en Euskadi.
- ▶ Transversalidad de las políticas.
- ▶ Participación social en la definición de las políticas sociosanitarias.

• **DECRETO DE GOBERNANZA SOCIOSANITARIA**

Este proyecto da continuidad al Modelo de Gobernanza Sociosanitaria consensuado en las *Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria, Euskadi 2017-2020*, al objeto de configurar la coordinación sociosanitaria mediante la aprobación de la ordenación jurídica de las estructuras, recursos e instrumentos definidos y aprobados anteriormente en dicho modelo (PEASS 2017-2020).

Este proyecto incorpora el diseño y despliegue de un plan de comunicación como un instrumento de apoyo en la divulgación e implementación de los contenidos del Modelo de Gobernanza, en colaboración con todas las instituciones, niveles asistenciales y profesionales implicados en la atención sociosanitaria.

1

**APROBACIÓN JURÍDICA Y DESPLIEGUE DE LA GOBERNANZA SOCIOSANITARIA**

<b>OBJETIVO</b>	Aprobar el Decreto de Gobernanza Sociosanitaria en Euskadi y desplegar el Modelo de Gobernanza Sociosanitaria en los ámbitos de servicios sociales y de salud con apoyo de un plan de comunicación.
<b>ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar la tramitación jurídica de la propuesta de Decreto de Gobernanza Sociosanitaria.</li> <li>• Diseñar un plan de comunicación para difundir la regulación de estructuras, recursos e instrumentos recogidos en el Decreto de Gobernanza Sociosanitaria.</li> </ul>
<b>RESULTADOS ESPERABLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto de Gobernanza Sociosanitaria.</li> <li>• Formalización jurídica de la Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi.</li> <li>• Plan de comunicación para la difusión de la regulación de estructuras, recursos e instrumentos recogidos en el Decreto de Gobernanza Sociosanitaria.</li> </ul>

• **DIRECCIÓN DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA**

De acuerdo con el *Marco Estratégico 2021-2024* del Departamento de Salud<sup>32</sup>, dicho departamento dota a su estructura de gobierno de una nueva Dirección de Atención Sociosanitaria, al objeto de dar visibilidad y promover la coordinación de los sistemas de salud y de servicios sociales a nivel gubernamental en la atención de las necesidades sociosanitarias de la población y la mejora de su calidad de vida.

2

**ARTICULACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA**

<b>OBJETIVO</b>	Puesta en marcha de una nueva Dirección de Atención Sociosanitaria como parte de la estructura del Departamento de Salud para el desarrollo y cumplimiento de las funciones y proyectos enmarcados en la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi, 2021-2024.
<b>ACCIONES</b>	En consonancia con el Decreto por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Salud, las acciones enmarcadas en este proyecto serán las definidas en el propio Decreto.
<b>RESULTADOS ESPERABLES</b>	De manera similar, los resultados esperables estarán alineados con lo recogido en el Decreto por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Salud.

• **FINANCIACIÓN SOCIO SANITARIA**

La conveniencia de contar con mecanismos para sufragar el coste de la provisión de atención sociosanitaria surge de la inexistencia de fórmulas comunes a todas las instituciones en los diferentes ámbitos, también territoriales, que contribuyan o faciliten la financiación eficiente de recursos sociosanitarios ya existentes o de nueva creación en Euskadi.

La definición de un marco de financiación, formulado desde el respeto a la autonomía competencial de las instituciones, es condición para garantizar la sostenibilidad financiera del modelo de coordinación al tiempo que se evitan potenciales consecuencias no deseadas derivadas de la existencia de duplicidades, inconsistencias y/o vacíos que afectan a la prestación de la atención sociosanitaria.

<sup>32</sup> Presentado públicamente por la Consejera de Salud, Gotzone Sagardui, en comparecencia en sede parlamentaria el 2 de noviembre de 2020.

Por ello, es necesario establecer un marco común y compartido de financiación, con carácter estable, que permita sufragar los recursos sociosanitarios -así definidos en el Catálogo de Recursos Sociosanitarios- de forma que se determine cómo y cuánto costear con fondos públicos de las diferentes instituciones la provisión coordinada de la atención sociosanitaria desde los ámbitos de servicios sociales y de salud en Euskadi.

Este proyecto, iniciado con las *Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria, Euskadi 2017-2020*, tiene su continuidad en la presente *Estrategia de Atención Sociosanitaria (2021-2024)* al objeto de determinar y acordar las fórmulas sostenibles de financiación entre las instituciones responsables de la atención sociosanitaria en Euskadi: Gobierno Vasco, Diputaciones Forales y ayuntamientos vascos.

# 3

## MARCO COMPARTIDO DE FINANCIACIÓN SOCIOSANITARIA

<b>OBJETIVO</b>	Definir y operativizar un marco compartido de financiación pública de la atención sociosanitaria en Euskadi.
<b>ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar un modelo compartido y estable de financiación pública de la atención sociosanitaria en Euskadi.</li> <li>• Definir los acuerdos financieros entre instituciones públicas para sufragar de forma equitativa el coste de recursos sociosanitarios.</li> <li>• Definir y firmar los convenios entre instituciones públicas para sufragar el coste de recursos sociosanitarios.</li> <li>• Constituir una comisión interinstitucional ejecutiva para planificar la inversión estratégica en recursos contemplados en el Catálogo de Recursos Sociosanitarios y definir el plan de financiación (periodicidad, mecanismos de revisión, etc.).</li> </ul>
<b>RESULTADOS ESPERABLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo compartido y estable de financiación pública de la atención sociosanitaria en Euskadi.</li> <li>• Acuerdos financieros entre instituciones para sufragar el coste de recursos sociosanitarios.</li> <li>• Convenios para la contratación de recursos sociosanitarios entre entidades públicas.</li> <li>• Contratos de servicios o de prestación de servicios entre administraciones públicas y entidades privadas (con y sin ánimo de lucro) para la provisión de atención sociosanitaria.</li> <li>• Constitución de comisión ejecutiva para planificar la inversión estratégica en recursos contemplados en el Catálogo de Recursos Sociosanitarios.</li> </ul>

## 5.2. Interoperabilidad sociosanitaria

La interoperabilidad<sup>33</sup> es la capacidad de los sistemas de información y de los procedimientos a los que éstos dan soporte, de compartir datos y posibilitar el intercambio de información y conocimiento entre ellos. Resulta necesaria para la cooperación, el desarrollo, la integración y la prestación de servicios conjuntos por las Administraciones públicas; para la ejecución de las diversas políticas públicas; para la realización de diferentes principios y derechos; para la transferencia de tecnología y la reutilización de aplicaciones en beneficio de una mejor eficiencia; para la cooperación entre diferentes aplicaciones que habiliten nuevos servicios; todo ello facilitando el desarrollo de la administración electrónica y de la sociedad de la información.

La interoperabilidad debe ser entendida como un proceso integral, en el que no caben actuaciones puntuales o tratamientos coyunturales, debido a que la debilidad de un sistema la determina su punto más frágil. Desde ese enfoque la interoperabilidad sociosanitaria debe ser entendida como parte de ese proceso integral, y muestra del compromiso de los servicios sociales y sanitarios con el desarrollo de servicios coordinados.

La interoperabilidad hace referencia a los siguientes aspectos:

- ▶ La atención de las dimensiones organizativa, semántica y técnica
- ▶ La utilización de estándares y la independencia en la elección de las alternativas tecnológicas.
- ▶ El uso de infraestructuras y servicios comunes, elementos reconocidos de dinamización, simplificación y propagación de la interoperabilidad, a la vez que facilitadores de la relación multilateral.
- ▶ La reutilización del dato.
- ▶ La firma electrónica y los certificados.
- ▶ La conservación a lo largo del tiempo.

En el ámbito de las Administraciones públicas, la consagración del derecho de los ciudadanos y las ciudadanas a comunicarse con ellas a través de medios electrónicos comporta una obligación correlativa de las mismas. Esta obligación tiene, como premisas, la promoción de las condiciones para que la libertad y

---

<sup>33</sup> Real Decreto 4/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Interoperabilidad en el ámbito de la Administración Electrónica.

la igualdad sean reales y efectivas, así como la remoción de los obstáculos que impidan o dificulten el ejercicio pleno del principio de neutralidad tecnológica y de adaptabilidad al progreso de las tecnologías de la información y las comunicaciones, garantizando con ello la independencia en la elección de las alternativas tecnológicas por la ciudadanía, así como la libertad de desarrollar e implantar los avances tecnológicos en un ámbito de libre mercado.

El desarrollo de la estrategia relativa a la interoperabilidad se articula en base a cuatro proyectos que constituyen una múltiple meta:

- Historia Sociosanitaria Electrónica: evolución de los sistemas de información como soporte a una dinámica de trabajo coordinado de profesionales de los sistemas social y de salud.
- Cuadro de mandos: toma de decisiones basadas en datos.
- Acceso a la Historia Clínica desde centros residenciales: acceso ubicuo a los sistemas de información donde las/os profesionales realicen su trabajo.
- Decreto para el desarrollo de la interoperabilidad sociosanitaria.

La arquitectura tecnológica de la interoperabilidad es un modelo descentralizado a través de la existencia de múltiples repositorios de información propiedad de cada entidad. Para abordar la interoperabilidad las Administraciones vascas se han dotado; por un lado, de un modelo de interconexión de redes que permite de una manera sencilla y más segura el intercambio eficiente de información electrónica entre dichas redes. Y, por otro lado, de un modelo de interoperabilidad y seguridad para articular e implementar en la práctica el intercambio de datos que sustituyen a los certificados en papel.

#### • **HISTORIA SOCIOSANITARIA**

La Historia Sociosanitaria Electrónica de Euskadi (HSSEE), es uno de los proyectos con mayor proyección estratégica, además de ser una iniciativa que suscita gran interés en el ámbito sociosanitario, tanto a nivel institucional como por parte del ámbito profesional de los servicios sociales y sanitarios.

El desarrollo de la HSSEE ha sido un proyecto caracterizado por la participación de numerosos profesionales de los diferentes ámbitos y niveles asistenciales, que ha experimentado en su despliegue diversos niveles de intensidad al tiempo que su concepción original ha tenido que experimentar algunos reenfoques.

El proyecto de HSSEE es el instrumento para promover la evolución de los sistemas de información de los servicios sociales y sanitarios como soporte de una dinámica de trabajo conjunto y coordinado de profesionales de los sistemas sociales y de salud.

4

**HISTORIA SOCIOSANITARIA ELECTRÓNICA**

<p><b>OBJETIVO</b></p>	<p>Promover la evolución de los sistemas de información de los servicios sociales y sanitarios desde una doble perspectiva complementaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollo del derecho de la ciudadanía a relacionarse con la Administración, por medios electrónicos, para la tramitación de los procedimientos administrativos.</li> <li>2. Adaptación de los sistemas de información actuales como soporte de una dinámica de trabajo conjunto y coordinado de profesionales de los sistemas sociales y de salud.</li> </ol>
<p><b>ACCIONES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estandarización de contenidos y mensajes: definir los contenidos y mensajes alineados con la estrategia de estructuración de la atención sociosanitaria y los planes estratégicos del ámbito sociosanitario, gestionando los diferentes cesionarios según las condiciones establecidas por cada cedente.</li> <li>• Plataformas de integración e interoperabilidad: consensuar las especificaciones y directrices técnicas de las plataformas de integración según los estándares tecnológicos del Modelo de Gestión de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en el Sector Público de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Y definir una hoja de ruta compartida del desarrollo de los servicios de intercambio de datos.</li> <li>• Herramientas para la gestión compartida: diseñar los formularios de las herramientas de gestión compartida de casos sociosanitarios, basado en los servicios de intercambio de datos, para que cada institución los incorpore a su sistema de información, según un plan común.</li> <li>• Evaluación de los servicios de intercambio de datos.</li> </ul>
<p><b>RESULTADOS ESPERABLES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estandarización de contenidos y mensajes para el intercambio de información sociosanitaria.</li> <li>• Catálogo de los servicios de intercambios de datos sociosanitarios que sustituyen a los certificados en papel, entre las Administraciones Públicas vascas.</li> <li>• Mapa de agentes y sistemas que comparte información asistencial como soporte de una dinámica de trabajo conjunto y coordinado de profesionales de los sistemas sociales y de salud.</li> <li>• Diseño y desarrollo de herramientas de gestión compartida:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ficha compartida.</li> <li>2. Instrumento de valoración y diagnóstico compartido.</li> <li>3. Plan de Atención personalizado.</li> <li>4. Visor sociosanitario.</li> <li>5. Gestión de agendas.</li> <li>6. Interconsultas.</li> </ol> </li> </ul>

• **CUADRO DE MANDOS INTEGRAL**

La coordinación sociosanitaria no es algo nuevo si no un proceso que se viene haciendo de manera no reconocida o informal desde hace años. Sin embargo, el carácter informal de la atención prestada convierte a la coordinación sociosanitaria en una actividad invisible y carente de evidencia y, por lo tanto, no cuantificable. En palabras de William Thomson Kelvin “Lo que no se define no se puede medir. Lo que no se mide no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre”<sup>34</sup>.

Los distintos planes que el CVASS ha puesto en marcha, destacan por su vocación operativa en la definición de la atención sociosanitaria, en la búsqueda de un marco común para todas las instituciones implicadas. Sobre esa definición, el proyecto de cuadro de mandos integral busca promover la toma de decisiones basadas en datos.

5

**CUADRO DE MANDOS INTEGRAL (CMI)**

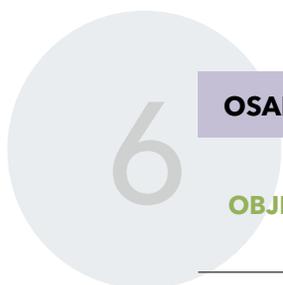
<b>OBJETIVO</b>	Promover la toma de decisiones basadas en datos.
<b>ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de estadísticas y cuadros de mandos que permitan una gestión eficiente de la actividad sociosanitaria. Su implementación en los sistemas de información corresponde a cada Administración, que deberá ajustar sus herramientas estadísticas y cuadro de mandos a la nueva actividad sociosanitaria.</li> <li>• Promover el desarrollo de la investigación basada en los datos, a través del apoyo a acciones relacionadas con:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La gestión ética de datos y protección de datos personales.</li> <li>2. Promoción el uso de repositorios federados.</li> <li>3. Desarrollo de un marco estándar con una razón legal y válida para tratar datos personales (base jurídica).</li> <li>4. Desarrollo de normativa estándar para la anonimización de los datos.</li> <li>5. Incorporación del conocimiento experto del Tercer Sector.</li> </ol> </li> <li>• Participar de manera activa en proyectos de I+D+i que busquen la generación de conocimiento innovador en la gobernanza del dato para una atención integral.</li> </ul>
<b>RESULTADOS ESPERABLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación de la atención sociosanitaria en los cuadros de mandos y procesos estadísticos de las instituciones vasca implicadas en la coordinación.</li> </ul>

<sup>34</sup> Expresión atribuida al físico y matemático británico William Thomson Kelvin a finales del siglo XIX.

• **OSABIDE EN RESIDENCIAS**

Los resultados asociados al despliegue de Osabide en recursos sociosanitarios sitúan a este proyecto como un referente en la vocación pragmática de la estrategia sociosanitaria, con un alto nivel de satisfacción por parte de los y las profesionales.

Entre los logros del despliegue, además del acceso a la información se está consiguiendo una mejora en la coordinación entre residencias y hospitales en el continuo asistencial. El objetivo es mantener este acceso con una cobertura plena a todos los centros y mejorar las funcionalidades que faciliten el trabajo al profesional para una atención coordinada.



<b>OSABIDE EN RESIDENCIAS</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Mantener el acceso a Osabide para profesionales sanitarios en centros residenciales y centros de día dependientes de estos.
<b>ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender nuevos casos de centros que soliciten acceso a Osabide:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Firma de los convenios requeridos para la conexión.</li> <li>o Firma del consentimiento informado por parte de personas residentes.</li> <li>o Completar conexiones informáticas.</li> </ul> </li> <li>• Formación y soporte a profesionales sanitarios de las residencias.</li> <li>• Identificar necesidades de mejoras funcionales en Osabide para facilitar la atención a personas de los centros residenciales y de día.</li> </ul>
<b>RESULTADOS ESPERABLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de resultados.</li> </ul>

• **DECRETO PARA EL DESARROLLO DE LA INTEROPERABILIDAD SOCIO SANITARIA**

El desarrollo de la interoperabilidad de los sistemas de información sociales y sanitarios es la respuesta a la necesidad de disponer de herramientas que den soporte a una dinámica de trabajo conjunto para una atención coordinada. Todos los avances en esta materia se articularán con la publicación de un decreto de historia sociosanitaria<sup>35</sup> sobre derechos y obligaciones de las personas y profesionales de los servicios sociales y sanitarios en materia de intercambio de información; y con la incorporación del modelo de Gobernanza TI sociosanitaria.

7

**DECRETO PARA EL DESARROLLO DE LA INTEROPERABILIDAD SOCIO SANITARIA**

<b>OBJETIVO</b>	Consensuar, elaborar y aprobar el Decreto para el desarrollo de la interoperabilidad sociosanitaria en Euskadi.
<b>ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de un grupo de trabajo interinstitucional para la elaboración del decreto.</li> <li>• Incorporación del modelo de Gobernanza TI sociosanitaria.</li> <li>• Redacción de la propuesta técnica del decreto.</li> <li>• Presentación y aprobación por parte del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.</li> <li>• Validación y posterior aprobación por parte de Servicios Jurídicos de Gobierno Vasco.</li> </ul>
<b>RESULTADOS ESPERABLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto para el desarrollo de la interoperabilidad sociosanitaria.</li> </ul>

<sup>35</sup> El nuevo DECRETO establecerá el intercambio de información del sistema de salud que se recoge en el DECRETO 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica; y el sistema de servicios sociales que se recoge a su vez en el DECRETO 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del instrumento de diagnóstico social del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

## 5.3. Prevención sociosanitaria

La **necesidad** de realizar **cambios en la configuración dominante en la provisión de cuidados**, ya sean estos proporcionados en el ámbito doméstico (por el entorno familiar junto con otros apoyos) o ya sean suministrados en un entorno institucionalizado en Euskadi, así como la conveniencia de **anticipar y prevenir necesidades sociosanitarias** de la población, otorga a las Administraciones Públicas un rol medular en el proceso de generación y gestión de las políticas sociosanitarias y en el diseño de elementos facilitadores para el **tránsito hacia nuevos modelos sostenibles de prevención, atención y rehabilitación sociosanitaria**.

En materia de **prevención sociosanitaria**, el marco de trabajo viene definido por la compleja heterogeneidad de desafíos coyunturales y estructurales que los sistemas de servicios sociales y de salud enfrentan, en el corto y medio plazo, ante la necesidad de articular, en el contexto económico y sociodemográfico presente, una respuesta biopsicosocial a las necesidades de atención sociosanitaria de las personas en Euskadi.

La formulación de un marco preventivo en materia sociosanitaria exige desplegar, por tanto, un **doble eje de actuaciones coordinadas, de carácter intersectorial y con la participación activa tanto de la ciudadanía como del Tercer Sector** en la gestión de los factores<sup>36</sup> que pueden propiciar circunstancias vitales que desencadenen la aparición de necesidades sociosanitarias, temporales o crónicas por parte de cualquier persona. Es decir, el objetivo es coordinar políticas y actuaciones orientadas a la detección, control, mitigación o retraso de factores de riesgo sociosanitario entre los que se encuentran **los determinantes sociales y económicos sobre la salud** y que se manifiestan **en forma de desigualdades sociales en la salud**.

---

<sup>36</sup> La definición de “riesgo sociosanitario” fue formulada por vez primera en las *Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria 2021-2024*.

• **PREVENCIÓN SOCIOSANITARIA**

La prevención sociosanitaria se propone diseñar un marco para la respuesta biopsicosocial a las necesidades de atención sociosanitaria y para la coordinación de políticas e iniciativas orientadas a la promoción de la autonomía y la vida independiente de las personas e impulsar la coordinación para contener, mitigar o retasar la aparición de los factores de riesgo sociosanitario y lograr promover intervenciones sociales y sanitarias adecuadas que reduzcan las desigualdades sociales en salud.

8

**DEFINICIÓN DE UN MARCO COORDINADO DE PREVENCIÓN SOCIOSANITARIA**

<p><b>OBJETIVO</b></p>	<p>Definir un marco de respuesta biopsicosocial para las necesidades de atención sociosanitaria y coordinar políticas y actuaciones para la detección, control, mitigación o retraso de la aparición de factores de riesgo sociosanitario y la promoción de intervenciones sociales y sanitarias adecuadas para reducir las desigualdades sociales en salud.</p>
<p><b>ACCIONES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar políticas y actuaciones en materia de desigualdades sociales en salud, sesgos, y promoción de la equidad en la atención sociosanitaria.</li> <li>• Coordinar políticas y actuaciones en materia de promoción sociosanitaria: envejecimiento activo; inclusión social; igualdad; solidaridad intergeneracional; promoción de la autonomía; accesibilidad; alfabetización digital, etc.</li> <li>• Coordinar políticas y actuaciones en materia de prevención sociosanitaria: violencia de género; maltrato infantil; malos tratos a personas mayores; soledad no deseada y aislamiento social; atención temprana a primera infancia; sinhogarismo y exclusión residencial; pobreza y riesgo de exclusión social; estigma social asociado a la enfermedad mental y/o a la discapacidad; sobrecarga y riesgo de claudicación en personas cuidadoras; estrategia de enfermedades neurodegenerativas, etc.).</li> </ul>
<p><b>RESULTADOS ESPERABLES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía/Catálogo de políticas y actuaciones para la prevención del riesgo sociosanitario.</li> </ul>

• **INSTRUMENTO PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIO SANITARIO**

En línea con la definición de un marco coordinado de políticas y actuaciones preventivas en materia sociosanitaria, el proyecto que se recoge a continuación pretende operativizar ese enfoque a partir de la construcción de un instrumento de detección del riesgo sociosanitario.



<b>INSTRUMENTO PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIO SANITARIO</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Construcción de un instrumento que permita la detección de factores de riesgo sociosanitario a partir de la definición y graduación de determinados factores predictivos.
<b>ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un grupo de trabajo con profesionales sociales y sanitarios expertos/as en la materia.</li> <li>• Proposición de los ítems a considerar para la detección del riesgo sociosanitario.</li> <li>• Construcción de una propuesta conjunta del prototipo del instrumento.</li> <li>• Pilotaje para la valoración de la funcionalidad del instrumento y el perfeccionamiento del mismo.</li> <li>• Presentación de la propuesta de consenso al CVASS.</li> <li>• Aprobación y puesta en marcha.</li> </ul>
<b>RESULTADOS ESPERABLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento para la detección del riesgo sociosanitario.</li> </ul>

## 5.4. Atención Sociosanitaria

La atención sociosanitaria en Euskadi sienta sus bases en la definición de estrategias de provisión de cuidados que permitan dar una **respuesta coordinada y efectiva** a las necesidades sociales y sanitarias que presentan determinados grupos de población.

La experiencia acumulada en despliegues estratégicos previos ha servido para confirmar que la articulación de la coordinación sociosanitaria a nivel micro, requiere de una **visión holística** de la atención y de unos **equipos flexibles, cercanos** y basados en **relaciones de mutua confianza** capaces de dar respuesta a las “necesidades líquidas” de la nueva realidad social emergente de la pandemia de COVID-19.

Esta visión holística se configura en entornos de alta complejidad que exigen la **coordinación con otros niveles asistenciales** para dar respuesta a las necesidades sociosanitarias identificadas. Así, los equipos sociosanitarios podrán estar conformados por profesionales de la atención primaria y/o de la atención secundaria según el itinerario de intervención requerido.

Por otra parte, en el desarrollo sociosanitario de los últimos años se ha podido observar la distinta percepción y resolución de los problemas generados en torno a las personas con necesidades sociosanitarias; diferencias que se han evidenciado en la **variedad y heterogeneidad** de los **protocolos sociosanitarios**, las **comisiones sociosanitarias** y los **enfoques de atención**.

Estos enfoques han sido en muchas ocasiones fruto de las actuaciones que los agentes de en un determinado ecosistema han realizado, con sus oportunidades, debilidades fortalezas y amenazas. Una línea común de provisión de las necesidades y de su gestión debe confluir con el **respeto a esta visión ecosistémica**.

En este contexto, la atención sociosanitaria se abordará a partir de dos planos estratégicos. Por un lado, el impulso de la **atención primaria sociosanitaria** en su configuración como “puerta de entrada” al sistema sociosanitario y representada por los equipos de atención primaria sociosanitaria (sin perjuicio de la participación de otros agentes y niveles asistenciales cuando el caso lo requiera). Y, en segundo término, el desarrollo de actuaciones concretas dirigidas a los colectivos diana sociosanitarios y el refuerzo de la **atención temprana y el desarrollo del ámbito sociosanitaria-educativa**.

• **DESPLIEGUE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIOSANITARIA**

Trabajar por un mayor desarrollo de la atención primaria sociosanitaria requiere ahondar en los pilares de dicha atención y garantizar su afianzamiento en el sistema. A saber:

- ▶ Una estructura ordenada de **profesionales de referencia** de los diferentes ámbitos, niveles e instituciones implicadas.
- ▶ Una estrategia de **capacitación y maduración de las dinámicas de trabajo conjunto** por parte de los/as profesionales con implicación en la atención sociosanitaria.
- ▶ Una **hoja de ruta de la atención y coordinación de los casos**, consensuada por las instituciones responsables. Una apuesta por explorar **herramientas compartidas y desplegar iniciativas** que faciliten la coordinación en base a experiencias previas exitosas.
- ▶ Una orientación que sitúe a las **personas con necesidades sociosanitarias en el centro de las intervenciones** e impulse el desarrollo de **acciones específicas** para los diferentes colectivos diana.

En base a lo anterior, la ejecución del presente proyecto se configura en torno a los siguientes hitos:

# 10

## DESPLIEGUE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIOSANITARIA

<b>OBJETIVO</b>	<p>Impulsar la Atención Primaria Sociosanitaria (APSS) a partir del desarrollo de acciones que favorezcan la coordinación interinstitucional y faciliten las intervenciones realizadas por los equipos de atención primaria sociosanitaria.</p>
<b>ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construcción de un mapa de profesionales referentes para la atención sociosanitaria que se complete con la inclusión del mapa de referentes de proximidad.</li> <li>• Elaboración de una guía conceptual que contribuya a consolidar la atención primaria sociosanitaria, facilita el funcionamiento de los equipos y su mejora continua ("Tool kit" sociosanitario).</li> <li>• Realización de un mapeo de los protocolos y los procedimientos de coordinación sociosanitaria disponibles en cada Territorio Histórico cuyo análisis y difusión propicie proyectos piloto de Atención Primaria Sociosanitaria.</li> <li>• Testeo y validación de los proyectos piloto desarrollados por las organizaciones para la coordinación de los equipos de AP sociosanitaria.</li> <li>• Presentación a los respectivos grupos de interés y elaboración de propuestas de consenso.</li> <li>• Difusión y puesta en marcha.</li> </ul>
<b>RESULTADOS ESPERABLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapa de referentes sociosanitarios y sociosanitarias.</li> <li>• Guía para la atención primaria sociosanitaria (<i>Tool kit</i> sociosanitario).</li> <li>• Informe de resultados del estado del arte de los protocolos y procedimientos de coordinación sociosanitaria.</li> <li>• Implantación de un proyecto piloto de desarrollo de APSS, en el ámbito sociosanitario de influencia de cada OSI.</li> <li>• Catálogo de buenas prácticas basado en el análisis de los proyectos piloto desarrollados en cada OSI.</li> </ul>

### • COLECTIVOS DIANA SOCIOSANITARIOS

Asimismo, la atención sociosanitaria se orienta a proporcionar una respuesta coordinada a las necesidades que presentan determinados grupos poblacionales en los que confluyen una serie de factores y determinantes sociales que les definen como **colectivos diana de la atención sociosanitaria**.

Estos colectivos vienen definidos por la contingencia, en ocasiones de manera simultánea, de **situaciones de dependencia, discapacidad, exclusión social, necesidades especiales de desarrollo, situaciones de vulnerabilidad y desprotección**, entre otras; que requieren una **intervención interdisciplinar**.

Sin embargo, si bien estas situaciones describen *grosso modo*, los colectivos prevalentes de la atención sociosanitaria, no agotan por sí mismas la diversidad de necesidades sociosanitarias visibles en otros grupos poblacionales minoritarios o de carácter coyuntural como pueden ser personas con enfermedades raras, personas que se encuentren en una situación de final de vida, personas privadas de libertad, etc.

Para todas ellas, la EASSE propone la actuación y el desarrollo de acciones específicas **alineadas con diferentes estrategias sectoriales** que buscan una mejora de la salud y el bienestar de los respectivos colectivos diana sociosanitarios.

11

## ACTUACIONES EN DIFERENTES COLECTIVOS DIANA DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

<p><b>OBJETIVO</b></p>	<p>Desarrollo de actuaciones específicas orientadas a las debilidades estructurales en la atención a los diferentes colectivos diana sociosanitarios, coordinadas con estrategias sectoriales.</p>
<p><b>ACCIONES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las acciones se orientarán según al colectivo diana al que se dirijan, pudiéndose señalar las siguientes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Impulsar de la <b>accesibilidad</b> de <b>personas con discapacidad</b> en el sistema sanitario y en el social, mediante acciones de sensibilización y no discriminación.</li> <li>o Favorecer la <b>atención domiciliaria</b> de las <b>personas en situación de dependencia</b> en base a <b>nuevos modelos sostenibles de prevención, atención y cuidados</b>.</li> <li>o Avanzar en la <b>coordinación intersistemas</b> para la atención de <b>personas en situación de exclusión y vulnerabilidad social</b>.</li> <li>o Promover la <b>monitorización y sensibilización</b> de las necesidades que presentan las <b>personas en situación de desprotección</b> a partir de la utilización de los instrumentos pertinentes.</li> <li>o <b>Colaborar en el desarrollo de actuaciones que mejoren la calidad de vida de otros colectivos diana</b> de la atención sociosanitaria como <b>personas con problemas de salud mental y adicciones, con enfermedades raras, privadas de libertad o personas que se encuentren en una situación de final de vida</b>, entre otros.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>RESULTADOS ESPERABLES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en la definición de estrategias y programas que respondan a las necesidades de los colectivos diana.</li> <li>• Evaluación de las actuaciones realizadas para los diferentes colectivos diana.</li> </ul>

• **ATENCIÓN TEMPRANA Y EL DESARROLLO DEL ÁMBITO SOCIOSANITARIA-EDUCATIVA**

El desarrollo de la atención temprana en la CAV sienta sus bases en el decreto 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Dicho decreto estructura y orienta la actuación coordinada de las diferentes instituciones implicadas en la atención de los niños y niñas con necesidades especiales y sus familias.

No obstante, se debe profundizar en la **atención sociosanitaria-educativa** que va más allá de la atención temprana<sup>37</sup>. La educación es un valor fundamental para las sociedades desarrolladas como motor de progreso y cambio social que se extiende hasta los dieciséis años (en el caso de la educación secundaria obligatoria) o, hasta los veintidós años, en el caso de completarse con estudios universitarios.

Por este motivo, a través de este proyecto se promoverán acciones encaminadas a estrechar la coordinación en el ámbito de la salud, los servicios sociales y la educación de la población infantil y juvenil de la CAV.



<b>ATENCIÓN TEMPRANA Y DESARROLLO DEL ÁMBITO SOCIOSANITARIO-EDUCATIVO</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Mejorar la coordinación sociosanitaria-educativa y reforzar el modelo de atención para los niños y las niñas con necesidades especiales.
<b>ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover un mayor acercamiento entre los ámbitos social, sanitario y educativo a través de la creación de una comisión sociosanitaria-educativa formada por los tres departamentos gubernamentales implicados, las diputaciones forales y los ayuntamientos.</li> <li>• Impulsar acciones preventivas basadas en la evidencia en el ámbito sociosanitario-educativo (modelo NFP, entre otros).</li> <li>• Favorecer la capacitación de los/as profesionales que conforman los equipos de atención sociosanitaria.</li> <li>• Difusión y puesta en marcha.</li> </ul>
<b>RESULTADOS ESPERABLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulso de la coordinación sociosanitaria-educativa.</li> <li>• Creación de la comisión sociosanitaria-educativa de Euskadi.</li> <li>• Implementación de acciones preventivas.</li> </ul>

<sup>37</sup> La atención temprana promueve la estimulación de niños y niñas con necesidades especiales de desarrollo entre los 0 y los 6 años. La atención sociosanitaria-educativa por su parte, se orienta a dar respuesta a la atención de las necesidades complejas que presentan niños y niñas en edades pediátricas, (una vez superados los 6 años de edad).

## 5.5. I+D+i Sociosanitaria

El **ecosistema sociosanitario** en Euskadi es sinónimo de un vasto conocimiento, resultado de un cuarto de siglo de trayectorias divergentes y convergentes, de experiencias exitosas y de iniciativas fallidas.

De todo ello se deriva un acervo común, que comparten una heterogeneidad de agentes en relaciones complejas desarrolladas en las diversas estructuras que asumen la respuesta a las necesidades de atención sociosanitaria desde los sistemas de salud y de servicios sociales.

La necesidad de continuar mejorando la coordinación entre ambos sistemas, de perfilar alternativas asistenciales eficientes o de estimular soluciones a necesidades emergentes y nuevos desafíos, se expresa en el **compromiso institucional** con el **conocimiento como elemento de innovación y transformación del ecosistema sociosanitario**.

El impulso a la I+D+i en el ecosistema sociosanitario de Euskadi se realiza en el marco en el que se coordinan e integran todas las políticas y actividades de investigación e innovación: el *Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación Euskadi 2030*. El PCTI Euskadi 2030 se convierte en mecanismo de coordinación global de las políticas gubernamentales para avanzar hacia una Euskadi más verde, digital e inclusiva.

En este marco, el envejecimiento saludable, por ejemplo, adquiere carácter de una iniciativa tractora transversal para avanzar en el sistema sanitario y de servicios sociales hacia “una filosofía de cuidados más global e integrada, que permita hacer frente a las consecuencias derivadas del envejecimiento y el aumento de enfermedades crónicas y de la dependencia, que suponen un aumento de la demanda de atención” y para enfrentar retos sociales que contribuyan a “profundizar en cambios culturales que favorezcan la implantación de hábitos saludables y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud”<sup>38</sup>.

Los proyectos sociosanitarios de I+D+i aspiran a facilitar el ciclo completo de la innovación con el auspicio de proyectos de investigación (básica y aplicada) y la transferencia del conocimiento generado para lograr optimizar la atención sociosanitaria en Euskadi.

Por todo ello, y desde la amplia base del conocimiento reunido, se aboga por generar, compartir y transferir conocimiento con el impulso de tres ejes de trabajo: dotar al espacio web institucional del **Portal de Atención Sociosanitaria** con referencias de interés para el ecosistema; constituir un **nodo de referencia** en materia de **investigación sociosanitaria** básica y aplicada, y promover **proyectos de investigación desde las bases del ecosistema sociosanitario** para identificar iniciativas de interés para ambos sistemas.

---

<sup>38</sup> PCTI Euskadi 2030, pág. 72.

• **PORTAL DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA**

El Portal de Atención Sociosanitaria como plataforma institucional y estratégica de promoción del conocimiento en materia sociosanitaria procura la difusión de referencias de interés (estratégicas, de actualidad, documentales etc.) para el conjunto del ecosistema sociosanitario. A fin de compartir el conocimiento es preciso realizar una doble labor de prospectiva y vigilancia estratégica orientada a identificar tendencias, aspectos novedosos y evidencias que constituyan un corpus de conocimiento a difundir para alimentar el aporte de evidencias y contraste de ideas en torno a los desafíos que enfrenta la Atención Sociosanitaria en Euskadi.



<b>PORTAL DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA, GENERACIÓN Y DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTO</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Compartir información sobre iniciativas de interés para el conjunto del ecosistema sociosanitario a través del Portal de Atención Sociosanitaria como espacio institucional de referencia.
<b>ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar labores de prospectiva y vigilancia estratégica para la identificación de referencias de interés (estratégicas, informativas, documentales, etc.) que puedan constituir evidencias y buenas prácticas para el ecosistema sociosanitario.</li> <li>• Elaborar publicaciones que divulguen el conocimiento de iniciativas sociosanitarias o de interés para el ecosistema sociosanitario.</li> <li>• Editar y difundir el Boletín de Atención Sociosanitaria de Euskadi.</li> <li>• Actualizar el Mapa de Recursos Sociosanitarios de Euskadi.</li> <li>• Divulgar el enfoque y compromisos estratégicos aprobados por el CVASS para el período de vigencia de la EASSE 2021-2024.</li> </ul>
<b>RESULTADOS ESPERABLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referencias de interés (estratégicas, informativas, documentales, etc.) publicadas en el Portal de Atención Sociosanitaria de Euskadi que puedan constituir evidencias y buenas prácticas para el ecosistema sociosanitario.</li> <li>• Informe de actividad y posicionamiento del Portal de Atención Sociosanitaria.</li> <li>• Boletín de Atención Sociosanitaria de Euskadi.</li> <li>• Mapa actualizado de Recursos Sociosanitarios de Euskadi.</li> <li>• Información actualizada referida al enfoque y compromisos de la EASSE 2021-2024.</li> </ul>

• **NODO DE REFERENCIA SOBRE POLÍTICAS E INICIATIVAS EN I+D+i SOCIO SANITARIA**

La proliferación de iniciativas heterogéneas<sup>39</sup> en materia de I+D+i financiadas y/o promovidas por agentes diversos para explorar respuestas a los desafíos que enfrenta el ecosistema sociosanitario en Euskadi aconseja articular un nodo en el que confluya información relativa a iniciativas y políticas de innovación, e investigación básica y aplicada en materia de atención sociosanitaria en Euskadi.



<b>NODO DE REFERENCIA SOBRE POLÍTICAS E INICIATIVAS EN I+D+i SOCIO SANITARIA</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Articular un nodo de referencia en materia de innovación e investigación sociosanitaria básica y aplicada que concentre la información relativa a políticas e iniciativas en I+D+i sociosanitaria.
<b>ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar políticas en I+D+i sociosanitaria.</li> <li>• Identificar iniciativas de innovación sociosanitaria.</li> <li>• Identificar iniciativas de investigación básica sociosanitaria.</li> <li>• Identificar iniciativas de investigación aplicada sociosanitaria.</li> <li>• Promover el intercambio de información entre agentes y entidades referentes sobre políticas e iniciativas en I+D+i sociosanitarias.</li> <li>• Hacer accesible al conjunto del ecosistema sociosanitario la información relativa a políticas e iniciativas en I+D+i sociosanitaria en el Portal de Atención Sociosanitaria.</li> </ul>
<b>RESULTADOS ESPERABLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intercambios de información entre agentes y entidades referentes sobre políticas e iniciativas en I+D+i sociosanitarias.</li> <li>• Informe sobre políticas e iniciativas en I+D+i sociosanitaria.</li> <li>• Publicación de información relativa a políticas e iniciativas en I+D+i sociosanitaria en el Portal de Atención Sociosanitaria.</li> </ul>

<sup>39</sup> Numerosas iniciativas en materia de I+D+i trabajan desde perspectivas complementarias en diagnósticos colaborativos y en la exploración y desarrollo asistencial, organizativo, tecnológico, etc. de respuestas a los desafíos sociodemográficos que enfrenta el ecosistema sociosanitario: *programa estratégico de I+D+i en envejecimiento* (RIS3 Euskadi); iniciativas impulsadas por el *Programa de inversiones para la recuperación, transformación y resiliencia de Euskadi. Euskadi Next 2021-2026*; o el *Euro-polo de innovación* como proyecto de colaboración transfronteriza para diseñar e impulsar polos de investigación e innovación para impulsar la transición hacia nuevos modelos de atención y cuidados, entre otras.

• **PROMOCIÓN DE PROYECTOS DE INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN DESDE LAS BASES DEL ECOSISTEMA SOCIOSANITARIO**

Uno de los principales valores del sistema sociosanitario reside en las y los profesionales que, desde los sistemas de servicios sociales y sanitarios, se coordinan para dar respuestas a las necesidades de atención sociosanitaria de la población en Euskadi.

Este proyecto concede valor al talento y las experiencias de los/las profesionales en cada uno de los sistemas para generar, compartir y extender ideas y prácticas lideradas por estos/as. Se trata de incentivar proyectos de innovación e investigación sociosanitaria en cualquier nivel, organización o ámbito asistencial que, de acuerdo con las áreas estratégicas que se determinen, resulten de interés para apoyar su extensión o escalabilidad a otros niveles, organizaciones y/o ámbitos asistenciales en el ecosistema sociosanitario de Euskadi. En definitiva, se trata de apoyar procesos de participación, innovación e investigación emergentes en los que las y los profesionales sociosanitarios se conviertan en líderes de procesos de transformación organizativa y asistencial en el ecosistema sociosanitario.



**PROMOCIÓN DE PROYECTOS DE INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN DESDE LAS BASES DEL ECOSISTEMA SOCIOSANITARIO**

<b>OBJETIVO</b>	Promover proyectos de innovación e investigación desde las bases del ecosistema sociosanitario e identificar iniciativas extensibles y/o escalables y de interés para el ecosistema sociosanitario.
<b>ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar intereses de investigación, desarrollo y/o innovación para el ecosistema sociosanitario, agentes promotores y recursos de apoyo a la I+D+i.</li> <li>• Promover proyectos de innovación e investigación desde las bases del ecosistema sociosanitario.</li> <li>• Diseñar una metodología de evaluación de proyectos sociosanitarios de base y determinar criterios de extensión y escalabilidad.</li> <li>• Identificar y evaluar proyectos extensibles y escalables, y de interés para el ecosistema.</li> <li>• Promover la extensión o escalabilidad de proyectos sociosanitarios de base de interés para el ecosistema sociosanitario.</li> </ul>
<b>RESULTADOS ESPERABLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodología de evaluación de proyectos sociosanitarios de base y definición de criterios de extensión y escalabilidad.</li> <li>• Informe sobre proyectos de base en materia de I+D+i sociosanitaria.</li> <li>• Informe de evaluación de proyectos sociosanitarios de base y propuesta de escalabilidad.</li> <li>• Extensión de proyectos sociosanitarios de base de interés para el ecosistema sociosanitario.</li> </ul>





## 6. Referencias

### 6.1. Referencias normativas

- Acuerdo Marco de 20 de mayo de 1996 para la colaboración entre el Departamento de Sanidad junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para la cobertura de necesidades sociosanitarias en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.
- Acuerdo Marco del 14 de mayo de 1998 entre el Departamento de Sanidad, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y la Diputación Foral de Bizkaia para colaborar en el espacio socio-sanitario, en el Territorio Histórico de Bizkaia. [BOPV. N.º 156, miércoles 19 de agosto de 1998. Anexo X.](#)
- Acuerdo Marco de 16 de noviembre de 1998 entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y el Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, para colaborar en la cobertura de necesidades sociosanitarias en el Territorio Histórico de Álava. [BOPV. N.º 237, lunes 14 de diciembre de 1998. Anexo IV.](#)
- [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 socio-sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco \(30 de enero de 2003\).](#)
- [Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica.](#)
- [Decreto 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del instrumento de diagnóstico social del Sistema Vasco de Servicios Sociales.](#)
- [Decreto 185/2015, de 6 de octubre, que regula los criterios, requisitos y procedimientos de acceso a la cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.](#)
- [Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud.](#)
- [Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.](#)
- [Ley 27/1983, de 25 de noviembre, que regula las relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos.](#)

- [Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi.](#)
- [Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.](#)
- [Real Decreto 4/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Interoperabilidad en el ámbito de la Administración Electrónica.](#)
- [Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.](#)

## 6.2. Referencias bibliográficas

- *Informe España 2020*. Universidad de Comillas, 2020.
- *Informe Decade of healthy ageing: Baseline report*. OMS, 2021.
- Artículo *Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital*, Unai Martín Roncero, Yolanda González-Rábago, Gaceta Sanitaria, 2020.
- [Agenda Nagusi](#). Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. Gobierno Vasco, 2020.
- Informe *Atención Sociosanitaria y personas cuidadoras no profesionales*. Equipo de Coordinación Sociosanitaria, 2018.
- [Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud](#). Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005.
- Informe *Fair Society Healthy Lives, The Marmot Review 10 year on, 2010*. Michael Marmot y su equipo, 2010.
- Informe *Health Equity in England: The Marmot Review 10 years on*. Michael Marmot y su equipo, 2020.
- Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, 2014.
- Determinantes sociales de salud. Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria 2021-2020.
- Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación Euskadi 2030.
- Euskadi RIS3: una estrategia de especialización inteligente. Programa estratégico de I+D+i en envejecimiento (RIS3 Euskadi).
- [Programa Vasco de Recuperación y Resiliencia 2021 > 2026. Euskadi Next 2021-2026](#). Departamento de Economía y Hacienda. Gobierno Vasco, 2020.

## 6.3. Referencias y fuentes estadísticas

- Escenarios demográficos 2061 (5 de marzo de 2018). Eustat, 2018.
- Barómetro 2020. Percepciones y actitudes hacia la población de origen extranjero. Ikuspegi, 2020.
- Panorámica nº 76. Población de origen extranjero en la CAE 2020. Ikuspegi, 2020.
- Indicadores para el análisis de los fenómenos demográficos, 2019. Eustat, 2019.
- Tasa de fecundidad en la Unión Europea. Eurostat, 2018.
- Encuesta demográfica, 2016, actualizado a fecha de 28 de febrero de 2018. Eustat, 2018.
- Encuesta Continua de Hogares (ECH). INE, 2019.
- Problemas sociales de las familias y hogares vascos. Departamento de Empleo y Políticas Sociales (OEE). Eustat, 2019.
- Definición de Hogares sin núcleo. Eustat, 2021.
- Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (a fecha de 30.11.2020). IMSERSO, 2020.
- Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad. IMSERSO, 2018.
- VIII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en el País Vasco (2019).
- Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV), 2018.
- Base de datos de estratificación de Euskadi, Osakidetza (Periodo 01.0.2014-31.08.2015 y 01.01.2020).
- Base de datos de estratificación de Euskadi, Osakidetza (datos a fecha de 01.01.2020).
- VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España, 2014. Coord. por Francisco Javier de Lorenzo Gilsanz. Fundación Foessa, 2014. ISBN 978-84-8440-591-7.
- VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España, 2019. Coord. por Guillermo Fernández Maíllo. Caritas Española: Fundación Foessa, 2019. ISBN 978-84-8440-772-0.

- VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en el País Vasco, 2019. Resultados de la encuesta sobre integración y necesidades sociales, 2018. Serie: Informes Territoriales 2019. Coord. por Guillermo Fernández Mañlo. Caritas Española: Fundación Foessa, 2019. ISBN 978-84-8440-771-3.
- Encuesta de Familias y Hogares (EFH), 2019. Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales.
- Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (EDPS), 2018. Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales.
- Encuesta de Necesidades Sociales 2018, Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2019.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

## 6.4. Índice de abreviaturas y acrónimos

<b>ABVD</b>	Actividades Básicas de la Vida Diaria
<b>APSS</b>	Atención Primaria Sociosanitaria
<b>AROPE</b>	Siglas en inglés correspondientes a <i>At Risk Of Poverty or Social Exclusion</i> (Tasa de riesgo de pobreza o exclusión)
<b>CAE</b>	Comunidad Autónoma de Euskadi
<b>CAV</b>	Comunidad Autónoma Vasca
<b>CMI</b>	Cuadro de Mandos Integral
<b>COVID-19</b>	Acrónimo en inglés de <i>Coronavirus Disease 2019</i> , enfermedad por coronavirus 2019
<b>CVASS</b>	Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria
<b>DAFO</b>	Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades
<b>DFA</b>	Diputación Foral de Araba
<b>DFB</b>	Diputación Foral de Bizkaia
<b>DFG</b>	Diputación Foral de Gipuzkoa
<b>EASSE</b>	Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024
<b>ECH</b>	Encuesta Continua de Hogares
<b>EDPS</b>	Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales
<b>EFH</b>	Encuesta de Familias y Hogares
<b>EINSFOESSA</b>	Encuesta sobre Integración y Necesidades Sociales (Fundación FOESSA)
<b>ESCAV</b>	Encuesta de Salud del País Vasco
<b>EUDEL</b>	Asociación de Municipios Vascos
<b>EUSTAT</b>	Instituto Vasco de Estadística
<b>EVLD</b>	Esperanza de Vida Libre de Discapacidad
<b>FOESSA</b>	Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada (Fundación FOESSA)

<b>HSSEE</b>	Historia Sociosanitaria Electrónica de Euskadi
<b>IKUSPEGI</b>	Observatorio Vasco de Inmigración
<b>IMSERSO</b>	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>InterRAI CA</b>	Instrumento de cribado poblacional dirigido a población adulta con necesidades sociosanitarias (en inglés <i>Resident Assistant Instrument- Contact Assessment</i> )
<b>NFP</b>	<i>Nurse Family Partnership</i>
<b>OEE</b>	Órgano Estadístico Específico adscrito al Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales (OEE), responsable de desarrollar la actuación referente a la Estadística de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OSAKIDETZA</b>	Servicio Vasco de Salud
<b>OSI</b>	Organización Sanitaria Integrada (Osakidetza)
<b>PEASS</b>	Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria, Euskadi 2017-2020
<b>PCTI</b>	Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación Euskadi 2030
<b>PCV</b>	Prestación Complementaria de Vivienda
<b>TTHH</b>	Territorio Histórico
<b>RGI</b>	Renta de Garantía de Ingresos
<b>RIS</b>	<i>Research and Innovation Strategy for Smart Specialisation</i> (Estrategia de Especialización Inteligente)
<b>SAD</b>	Servicio de Atención Domiciliaria
<b>SAAD</b>	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
<b>SARS-CoV-2</b>	En inglés <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i> . Coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo 2, abreviado SARS-CoV-2
<b>UDALMAP</b>	Sistema de Información municipal, cuya finalidad es mostrar con detalle la realidad en los municipios de la C.A. de Euskadi (EUSTAT)

## 6.5. Índice de figuras y tablas

### Figura 1:

Evolución de la atención sociosanitaria en Euskadi (1996-2020).....pág. 15

### Figura 2:

DAFO de las Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria, Euskadi 2017-2020.....pág. 16

### Figura 3:

DAFO de las Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria, Euskadi 2017-2020 (cont.).....pág. 18

### Figura 4:

Ejes de continuidad del modelo de coordinación sociosanitaria en Euskadi.....pág. 20

### Figura 5:

Mapa institucional de la coordinación sociosanitaria de Euskadi.....pág. 25

### Figura 6:

Modelo de Gobernanza Sociosanitaria de Euskadi.....pág. 26

### Figura 7:

Atención sociosanitaria, paradigma complejo de coordinación de sistemas en un marco interinstitucional.....pág. 27

### Figura 8:

Pirámide de población de Euskadi (2021).....pág. 88

### Figura 9:

Evolución de la pirámide de población (2021-2031).....pág. 89

### Figura 10:

Población de Euskadi según grandes grupos de edad (01.01.2020).....pág. 91

### Figura 11:

Evolución de la esperanza de vida al nacimiento en Euskadi según sexo (1976-2019).....pág. 92

### Figura 12:

Años de vida saludable al nacer en Euskadi según sexo (2017).....pág. 93

### Figura 13:

Nacimientos y defunciones (a fecha de 2019).....pág. 94

### Figura 14:

Distribución de familias por tipo (2016).....pág. 95

### Figura 15:

Familias por tipo y tamaño medio (en miles), 2016.....pág. 95

### Figura 16:

Descendencia en las parejas (en miles).....pág. 96

<b>Figura 17:</b>	
Hogares unipersonales según edad y sexo (miles de hogares unipersonales).....	pág. 96
<b>Figura 18:</b>	
Distribución de los tipos de familias/hogares (en miles) según edad de la persona de referencia en Euskadi (2016).....	pág. 97
<b>Figura 19:</b>	
Hogares unipersonales según edad y sexo (miles de hogares unipersonales).....	pág. 98
<b>Figura 20:</b>	
Atención a la dependencia en Euskadi (2020).....	pág. 98
<b>Figura 21:</b>	
Valoración y reconocimiento de la discapacidad en Euskadi. Distribución por sexos (2020).....	pág. 100
<b>Figura 22:</b>	
Distribución por edades de las personas con grado reconocido de discapacidad =>33% en Euskadi (2020).....	pág. 100
<b>Figura 23:</b>	
Número de resoluciones según grado de dependencia en Euskadi (2020).....	pág. 101
<b>Figura 24:</b>	
Distribución de prestaciones en materia de dependencia en Euskadi (2020).....	pág. 102
<b>Figura 25:</b>	
Evolución de la población según el número de patologías crónicas en Euskadi (2015-2020) (% de población).....	pág. 103
<b>Figura 26:</b>	
Distribución de la población de acuerdo con el sexo según el número de patologías crónicas en Euskadi (2020) (% de población).....	pág. 104
<b>Figura 27:</b>	
Prevalencia de personas con patología crónica por grupos de edad y sexos (2020) (% de población).....	pág. 104
<b>Figura 28:</b>	
Prevalencia de patologías crónicas por quintil socioeconómico. Porcentajes estandarizados por edad (2020).....	pág. 105
<b>Figura 29:</b>	
Relación entre la pobreza relativa y la exclusión social de la población en Euskadi (% sobre el total) (2018).....	pág. 107





## ANEXO I. Contexto sociodemográfico<sup>40</sup>

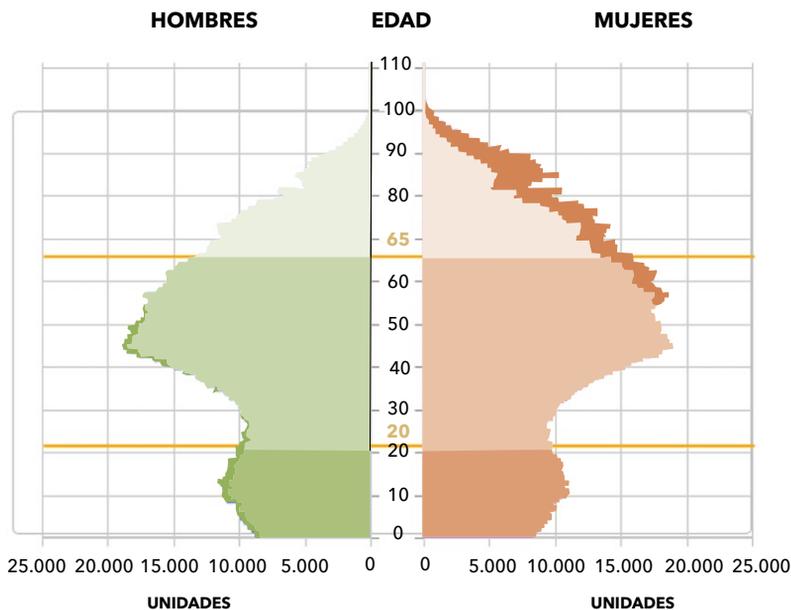
### Elevada esperanza de vida con calidad, envejecimiento y escaso dinamismo demográfico

La evolución en las últimas décadas, así como el actual escenario demográfico de la sociedad vasca, se caracteriza por haber logrado la revolución sociodemográfica que supone la democratización de la supervivencia hasta y durante la vejez.

La estructura por edades de la población en Euskadi, y su representación a través de la correspondiente pirámide de población, muestra las consecuencias del progresivo aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento paulatino de la población, resultados ambos de la mejora de la calidad de vida y sus consecuencias para la longevidad de esta.

#### Figura 8.

Pirámide de población de Euskadi (2021).



Fuente: Indicadores demográficos. Estadística municipal de habitantes. Proyecciones de población. Pirámides interactivas, Eustat(2021).

<sup>40</sup> La información recogida en este apartado procede de diferentes fuentes secundarias de carácter cuantitativo, que ofrecen datos sobre la realidad sociodemográfica de Euskadi. En particular, se ha recurrido a organismos especializados en la elaboración de estadísticas, como el Instituto Vasco de Estadística (en adelante EUSTAT), Ikuspegi (Observatorio Vasco de Inmigración), el Instituto Nacional de Estadística (INE) o el Ministerio de Sanidad con sus Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, así como a algunos estudios en profundidad de temáticas concretas realizados por diferentes departamentos de Gobierno Vasco, especialmente la Encuesta de Familias y Hogares 2019 (en adelante EFH 2019) y la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (en adelante EDPS 2018), ambas del Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales.

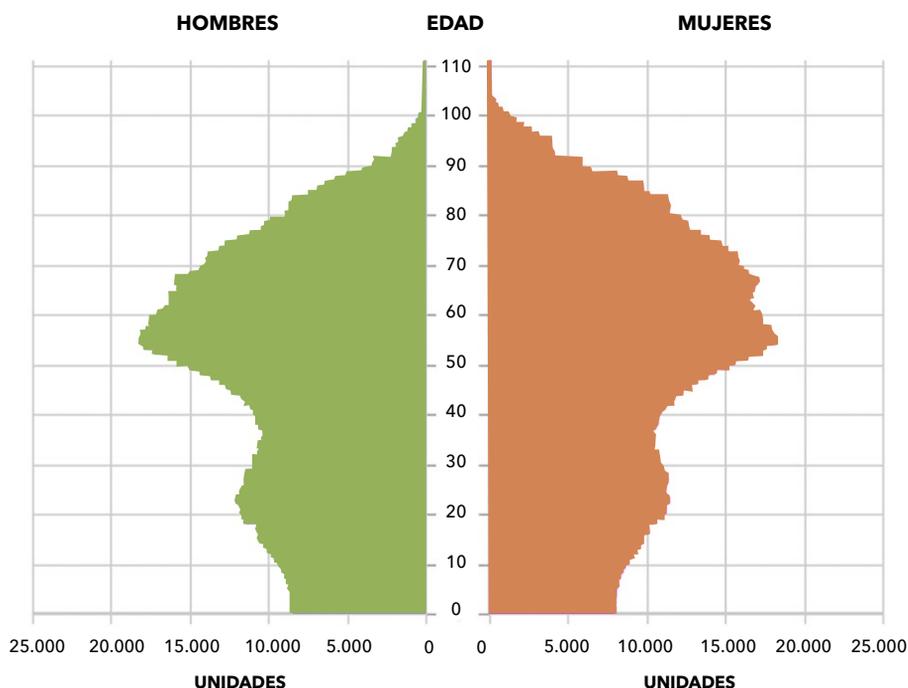
Esta estructura poblacional y su previsible evolución sugiere un comportamiento similar al de las pirámides de otros países desarrollados, caracterizadas también por presentar reducidas tasas de natalidad y mortalidad. La pirámide de población en Euskadi adquiere así forma de bulbo (pirámide de población regresiva), como resultado de la disminución de su base, es decir, del tamaño de las cohortes más jóvenes por efecto de la gradual disminución de la natalidad en las últimas décadas, al tiempo que se engrosa su extremo superior debido al aumento de los años de vida de su población y de la concentración de las cohortes más numerosas en la parte central de dicha pirámide (entre los 40 y los 60 años).

Este proceso de envejecimiento demográfico pone de manifiesto un cambio progresivo en la estructura de edades de la población que implica un aumento de la edad media de esta, al alcanzar los 46,7 años, situando a Euskadi entre las regiones más envejecidas de Europa -con idéntica cifra a la que presenta Italia y ligeramente inferior a la edad media de la población asturiana (49,6 años), de Castilla y León (48,8 años) o de Galicia (47,9 años)-. Por tanto, se consolida en Euskadi el crecimiento de la proporción que la población mayor de 65 años representa frente a la población infantil y juvenil, muestra de la tendencia a la disminución del peso poblacional de las generaciones más jóvenes.

**Figura 9.**

Evolución de la pirámide de población (2021-2031).





Fuente: Indicadores demográficos. Estadística municipal de habitantes. Proyecciones de población.  
Pirámides interactivas, Eustat (2021 y 2031).

En Euskadi la edad media de la población no es idéntica para ambos sexos. Esta es más elevada entre el grupo de población más longevo, las mujeres, y las previsiones indican que la tendencia se acentuará en los próximos años. Las estimaciones elaboradas sobre el comportamiento de la estructura demográfica de Euskadi en base a seis escenarios diferentes proyectan para 2061<sup>41</sup> un descenso de la población en edades activas (de 20 a 64 años) y un aumento considerable de la población mayor de 65 años -variable en función del escenario demográfico elegido-.

El total de población en Euskadi suma 2.199.711 habitantes (Eustat, 2020), de los cuales el 22,5% superan los 65 años de edad y un 11,10% es mayor de 75 años (Índice de sobreenvjecimiento 2019, Udalmap).

<sup>41</sup> Según los Escenarios demográficos 2061 del Eustat (5 de marzo de 2018): “En todos los escenarios se prevé que descienda la población de edades activas, la del grupo de 20 a 64 años, en un abanico que iría desde las 110.000 personas del escenario cinco a las 540.000 del escenario seis. Por el contrario, para el grupo de edad de 65 y más años el pronóstico es el aumento de sus efectivos en los seis escenarios, yendo de los 202.000 en el dos, a los 334.200 en el tres; en valores relativos, dichas variaciones significan incrementos del 43,4% y 72%, respectivamente.”

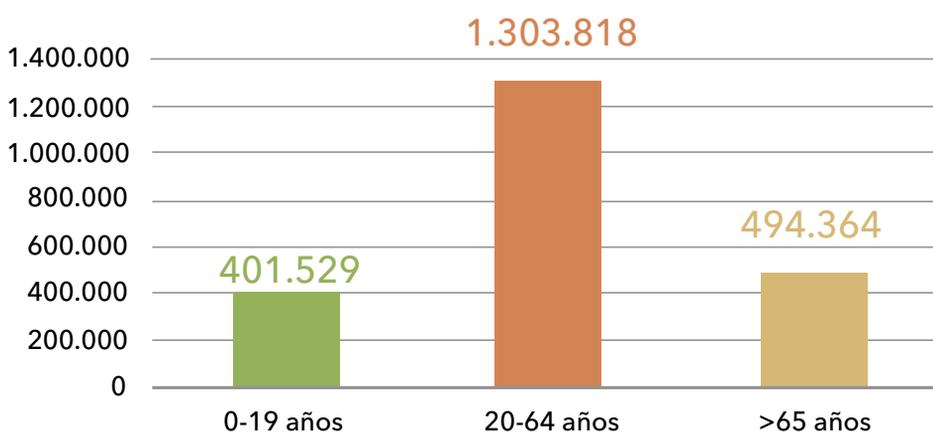
Como tendencia en las últimas décadas se consolida el aumento de la esperanza de vida (con ligeras variaciones en la esperanza de vida libre de discapacidad), que se suma a una baja tasa de natalidad y a una elevada tasa de dependencia de la población vasca.

La composición de la estructura demográfica en cuanto al origen de la población confirma un ligero aumento en el porcentaje que las personas de origen extranjero representan en el conjunto de la población de Euskadi (10,9% en 2020)<sup>42</sup>, favorecida por un leve repunte tras unos años de ralentización asociados al contexto generado por la crisis económica iniciada en 2008. En los últimos años se consolida la llegada de población inmigrante procedente de países latinoamericanos (dos de cada tres personas, según datos de Ikuspegi en 2020) y de signo claramente femenino.

Estos fenómenos demográficos comportan importantes consecuencias estructurales, tanto desde el punto de vista individual, social y económico, particularmente en la atención a las necesidades sociosanitarias de la población, que se evidencian en mayor medida cuando las personas mayores de 65 años ganan peso en la estructura poblacional, alargan su esperanza de vida y añaden a esta la posibilidad de vivir algunos años con capacidad funcional limitada, en forma de dependencia y discapacidad (no necesariamente vinculados a la edad).

### Figura 10.

Población de Euskadi según grandes grupos de edad (01.01.2020).



Fuente: Elaboración propia a partir de Eustat, 2020.

<sup>42</sup> En el año 2015 se inicia la recuperación de efectivos de población por la llegada de flujos migratorios a Euskadi. Pese a que, a lo largo de los años distintos países de origen han variado su peso en el flujo migratorio, Latinoamérica se ha mantenido como principal región de origen de la población inmigrante que llega a Euskadi, explicada en parte por la demanda en la sociedad vasca de una serie de perfiles relacionados en gran parte con el sector servicios, con el servicio doméstico y los cuidados (Barómetro 2020. Percepciones y actitudes hacia la población de origen extranjero, Ikuspegi 2020).

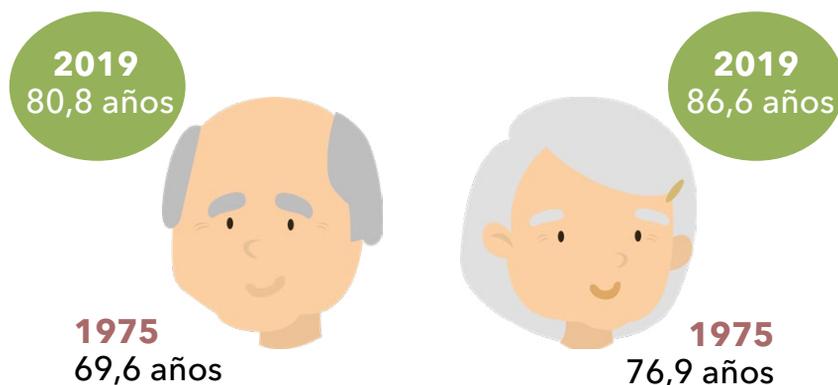
El saldo migratorio de 2019 es el más alto de los últimos 20 años y la edad media de la población inmigrante se sitúa en 32,8 años (Panorámica nº 76. Población de origen extranjero en la CAE 2020, Ikuspegi 2020).

El índice de dependencia demográfica en Euskadi en 2016 (Udalmap, 2017) muestra que la relación entre el número de personas en “edades dependientes” (de 0 a 19 años y mayores de 65 años de edad) en relación con la población en edades económicamente productivas (20-64 años) continua su tendencia ascendente en la última década, situándose en el 68,44% en 2020.

La tasa de reposición (o de remplazo poblacional) se ve afectada en Euskadi por la longevidad de las poblaciones. En 2019 la esperanza de vida<sup>43</sup>, según datos del Eustat, se situaba en 80,8 años en varones y en 86,6 años en mujeres.

**Figura 11.**

Evolución de la esperanza de vida al nacimiento en Euskadi según sexo (1976-2019)



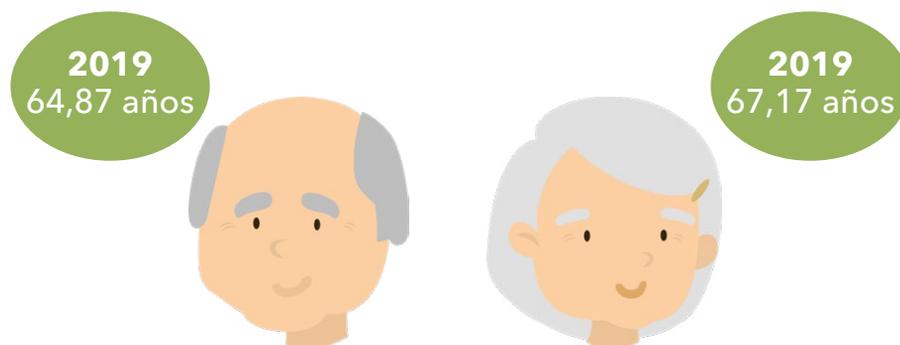
Fuente: Actualización a partir de Eustat (2019).

De acuerdo con la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2018), los datos relativos a la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD), en calidad de indicador sintético de la salud poblacional que combina la visión aportada por los datos de la mortalidad con los de la discapacidad, informan de una evolución diferenciada dependiendo del sexo respecto a las cifras de la ESCAV 2013: en 2018, mientras los hombres ven aumentada su esperanza de vida libre de discapacidad en 1,2 años, en las mujeres esta cifra disminuye en 0,3 años.

<sup>43</sup> De acuerdo con los datos del Eustat la población en Euskadi ha experimentado desde 1976 un notable crecimiento de su esperanza de vida: en el caso de los hombres ha aumentado en 11,2 años, y la población femenina ha ganado 9,7 años más de vida, una de las más elevadas de los países desarrollados. El particular aumento de la longevidad entre los varones ha reducido a 5,8 años la diferencia entre las esperanzas de vida de ambos sexos (Indicadores para el análisis de los fenómenos demográficos, 2019. Eustat).

### Figura 12.

Años de vida saludable al nacer en Euskadi según sexo (2017)



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (2020).

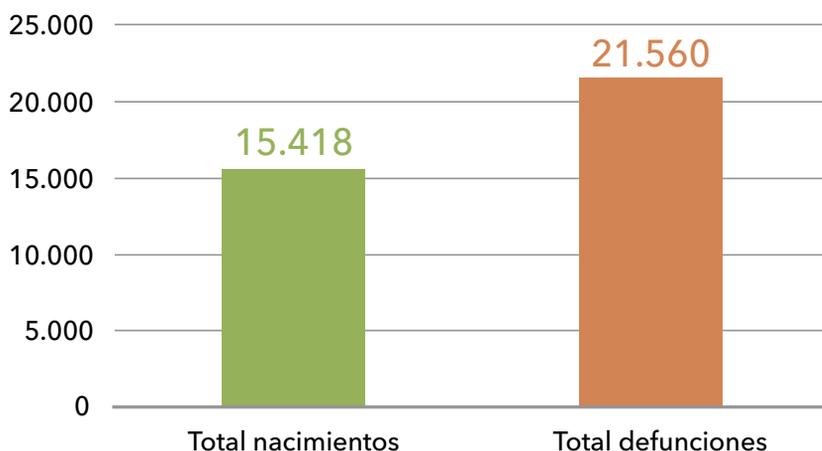
Algo similar se registra en lo referente a la esperanza de vida con discapacidad (ESCAV 2018 respecto a ESCAV 2013) en lo referente a la esperanza de vida con discapacidad, ya que mientras los años vividos con discapacidad por los varones disminuyen 0,5 años, se incrementa ligeramente (0,5 años) el número de años vividos con discapacidad por las mujeres.

La conjugación de ambos datos sobre la esperanza de vida (con y sin discapacidad) es un indicador relevante de la calidad de vida de la población en términos de salud, en particular para determinar si los años de vida ganados como consecuencia de la longevidad transcurren con buena o mala salud. La buena salud se vincula por tanto a la ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad, que aumentan su prevalencia, fundamentalmente durante el proceso de envejecimiento, aunque no de forma exclusiva.

En el año 2017 tres de cada cuatro mujeres fallecidas tenían 80 años o más (77%), y solo el 55% de los varones fallecidos superaban los 80 años (poco más de la mitad); en dichas cifras se incluían 57 mujeres centenarias y 13 hombres centenarios (Estadística de Defunciones, Eustat 2017). En esta línea, datos más recientes informan de la consolidación -previa a la irrupción del SARS-CoV-2- que la edad media de las personas fallecidas durante el año 2019 es superior a los 80 años de edad (80,8 años) (Estadística de Defunciones, Eustat 2019).

**Figura 13.**

Nacimientos y defunciones (a fecha de 2019).



Fuente: Elaboración propia a partir de Eustat, 2020.

De forma previa a la epidemia provocada por la COVID-19 -marzo de 2020-, el principal motivo de defunción en Euskadi se debía a enfermedades no transmisibles, con los tumores (29,3%) como principal motivo de fallecimiento. El análisis de las causas de defunción presenta un patrón diferenciado según sexo: los hombres tienen en los tumores su principal causa de fallecimiento, mientras que las mujeres tienen como principal motivo de defunción las enfermedades cardiovasculares.

Asimismo, en el análisis de los datos de la mortalidad producida por trastornos mentales y del comportamiento se identifica una mayor incidencia de estos entre las mujeres, al contrario de lo sucedido con las muertes por causas externas (accidente de tráfico, accidente laboral, suicidio, etc.), en las que el porcentaje de fallecimientos entre varones fue mayor (Eustat, 2019).

En Euskadi, la elevada esperanza de vida de la población combinada con una baja tasa de natalidad (7‰ nacimientos, Eustat 2019), una tasa de mortalidad del 9,8‰ (Eustat 2019), un saldo vegetativo negativo (como diferencia entre nacimientos vivos y defunciones: -2,81‰ en 2019, según datos de Udalmap), y un reducido Índice Sintético de Fecundidad (1,25 hijos por mujer en 2019<sup>44</sup>) plantea dificultades para el remplazo poblacional en Euskadi, habitualmente garantizado a partir de los 2,1 hijos por mujer.

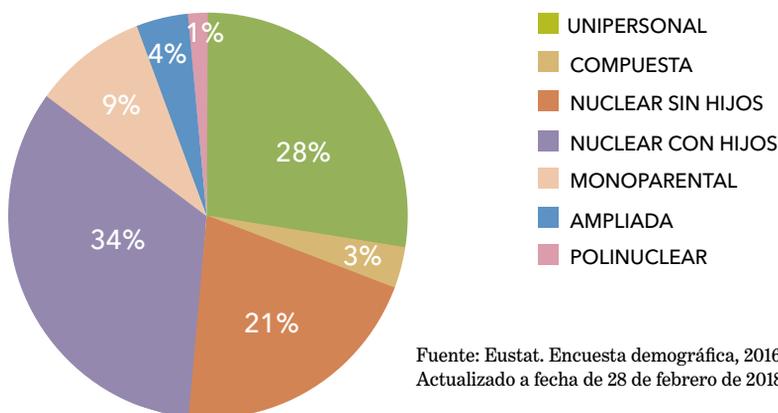
<sup>44</sup> La fecundidad en Euskadi presenta cifras muy bajas, situándose por debajo de los 1,6 hijos por mujer que corresponden a la Unión Europea (Eurostat, 2018). De acuerdo con la actual tasa de fecundidad en Euskadi, 1/3 de las mujeres no tendrían ningún descendiente y solo 2 de cada 10 mujeres alumbrarían un tercer o cuarto nacimiento (Eustat: Indicadores para el análisis de los fenómenos demográficos. 2019). La Estadística de nacimientos de 2019 registra una disminución del 4,2% en el número de nacimientos respecto al año anterior. Entre las madres de nacionalidad española el descenso fue del 6,8%, mientras que entre las madres extranjeras el número de nacimientos aumentó un 3,5%. Además, en el 79,8% de los nacimientos las madres tienen 30 años o más, manteniéndose por encima del 10% los nacimientos en madres de 40 años o más. Así, en 2019 la edad media de las madres primerizas fue de 32,3 años, mientras la edad media para el conjunto de madres se situó en 33,3 años, un valor que solo desciende entre las madres de nacionalidad extranjera (30,7 años) que, por lo general tienen sus hijas e hijos a una edad más temprana (en el 41,2% de los casos lo han hecho con menos de 30 años, frente al 12,2% de las madres de nacionalidad española) (Eustat, 2019).

## Heterogeneidad en las configuraciones familiares: disminución del tamaño de las familias, transformación de roles y feminización de los hogares unipersonales

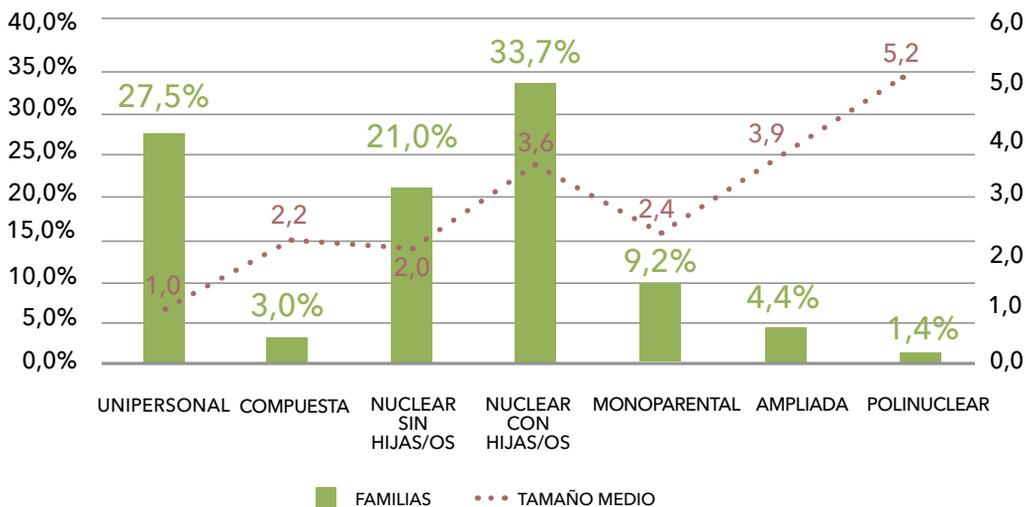
Otra de las importantes transformaciones sociodemográficas que experimenta la sociedad vasca en las últimas décadas se encuentra en las variaciones que afectan a las estructuras de los hogares y los modelos y roles familiares, que se asocian a las bajas tasas de fecundidad y a cambios que comportan la disminución del número de personas que componen los diferentes núcleos familiares.

Actualmente el tamaño medio de los núcleos familiares en el Euskadi, en los que el modelo tradicional constituido por ambos progenitores con hijas e hijos desciende en número, se sitúa en 2,41 personas en 2019 (Eustat).

**Figura 14.**  
Distribución de familias por tipo (2016).



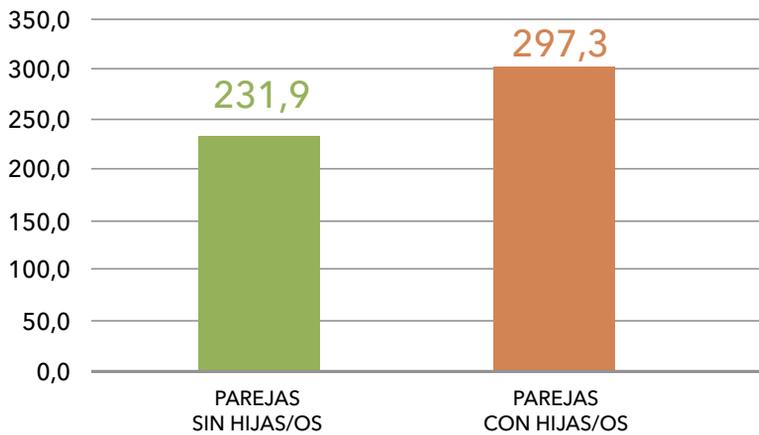
**Figura 15.**  
Familias por tipo y tamaño medio (en miles), 2016.



El análisis relativo a la formación de núcleos familiares, sus dimensiones y el número de descendientes, muestra la consolidación del aumento de parejas sin hijas e hijos (43,82%) respecto al 56,18% de parejas que tienen descendencia (datos del INE para 2019).

**Figura 16.**

Descendencia en las parejas (en miles).

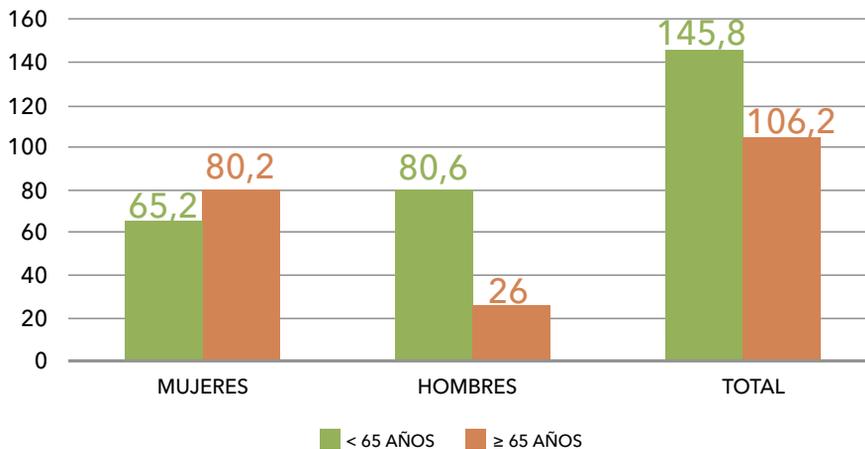


Fuente: Encuesta Continua de Hogares (ECH), INE, 2019.

Además, en la composición de las estructuras familiares continua la tendencia al alza del número de familias unipersonales, que constituyen el 27,5% (Eustat, 2016) del conjunto de familias en Euskadi, si bien la familia nuclear con descendencia se mantiene como estructura más numerosa (33,7%) (Eustat, 2016).

**Figura 17.**

Hogares unipersonales según edad y sexo (miles de hogares unipersonales).

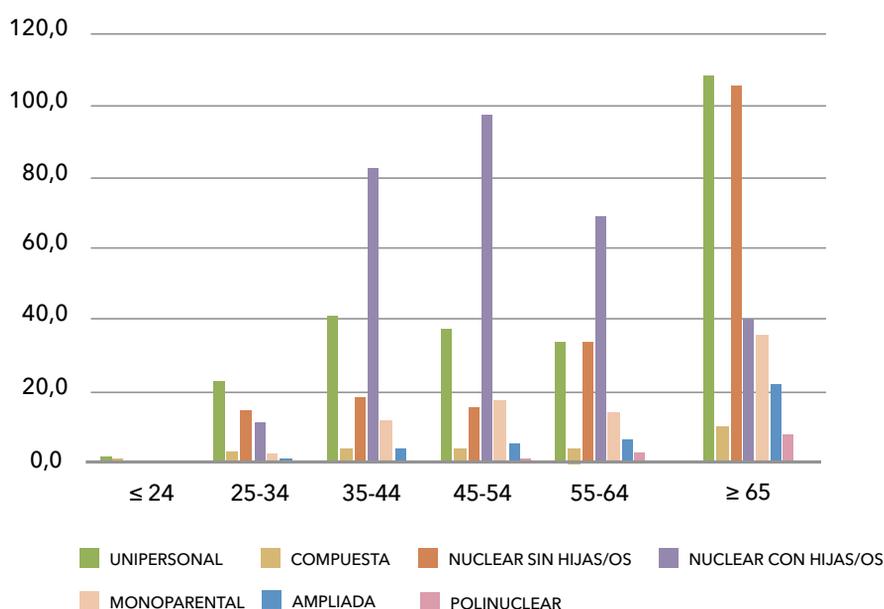


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Continua de Hogares (INE, 2019).

El impacto del proceso de envejecimiento se hace presente también en los hogares vascos al constatarse que la edad media de las personas de referencia en estos se eleva a los 56,7 años de edad<sup>45</sup> (Eustat, 2019).

**Figura 18.**

Distribución de los tipos de familias/hogares (en miles) según edad de la persona de referencia en Euskadi (2016).



Fuente: Elaboración propia a partir de Eustat, Encuesta demográfica, 2016.

Respecto a los hogares unipersonales, y de acuerdo con las variables sexo y edad, se identifica un perfil diferenciado entre las personas que viven solas: entre los menores de 65 años el 55,28% son varones frente al 44,72% de mujeres (ECH, INE 2019). Más allá de los 65 años son las mujeres las que viven solas en sus hogares de forma mayoritaria en el 75,52% de los casos frente al 24,48% de los hombres. (ECH, INE 2019).

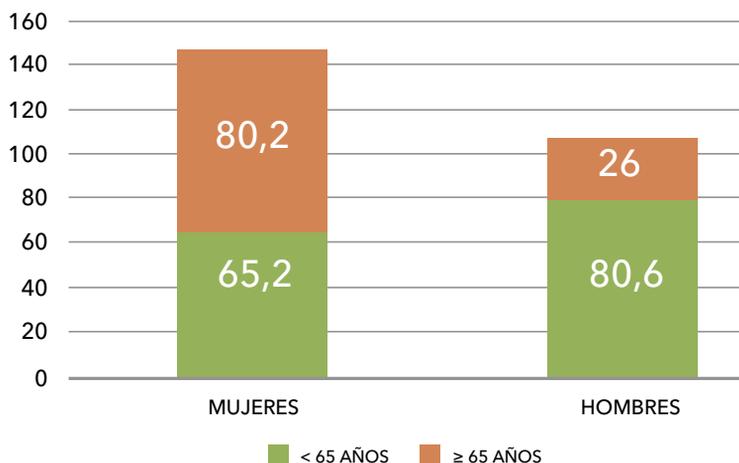
La edad media de los hogares unipersonales en 2019 se sitúa en los 62,8 años, solo superada por los 67,7 años de quienes forman parte de hogares sin núcleo<sup>46</sup> familiar (Eustat, 2019).

<sup>45</sup> Se entiende por persona de referencia (o principal) a la así señalada en el hogar más su cónyuge o pareja. Las mujeres constituyen el 53,4% de las personas de referencia de los hogares en Euskadi (Departamento de Empleo y Políticas Sociales (OEE). Problemas sociales de las familias y hogares vascos. Eustat, 2019).

<sup>46</sup> Los hogares sin núcleo son aquellos constituidos por una persona o por varias sin relaciones de filiación o pareja entre ellas (Eustat, 2021).

**Figura 19.**

Hogares unipersonales según edad y sexo (miles de hogares unipersonales).

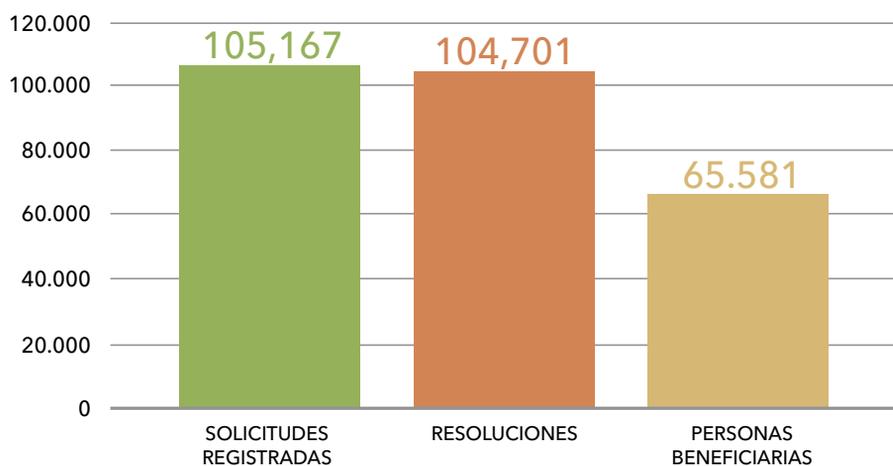


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Continua de Hogares (INE, 2019).

En lo que respecta a datos relativos a la atención de la dependencia en Euskadi, se constata el aumento<sup>47</sup> del número de solicitudes registradas (4,76% del conjunto de la población), así como un incremento en el número de resoluciones (4,69% respecto al conjunto de la población) y de personas beneficiarias en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (Imsero, 2020).

**Figura 20.**

Atención a la dependencia en Euskadi (2020).



Fuente: Elaboración propia a partir de la información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Imsero, a fecha de 30.11.2020).

<sup>47</sup> Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (IMSERO) a fecha de 30.11.2020

Las cifras apuntan a un ligero crecimiento en el número de personas beneficiarias de las ayudas a la dependencia a consecuencia de falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental (por causa de la edad, enfermedad, discapacidad u otros factores), que son motivo de dependencia permanente y causa de necesidad de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD como, por ejemplo, el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas, entre otras).

La esperanza de vida libre de discapacidad (EVLVD) para las actividades de la vida diaria constituye el indicador más pertinente para realizar una estimación de los años que la población vasca vive en situación de dependencia.

Los datos de la Encuesta de Salud (ESCAV 2018) informan de que las mujeres viven 13,8 años con discapacidad, mientras los varones experimentan 9,8 años de vida con discapacidad<sup>48</sup>. La prevalencia de discapacidad<sup>49</sup>, medida como limitación crónica de la actividad para realizar las actividades de la vida cotidiana, es mayor entre las mujeres (9,3 años) que entre los hombres (8,8, años) (ESCAV 2018).

De acuerdo con datos publicados por el Imsero (2018), el porcentaje de personas que en Euskadi cuenta con una valoración de discapacidad igual o superior al 33% es del 6,3% (6,9% en varones y 5,7% en mujeres).

De forma complementaria, la ESCAV 18 informa que la limitación crónica de la actividad (para realizar las actividades de la vida cotidiana) de la población en Euskadi presenta una mayor prevalencia a medida que aumenta la edad de la población, especialmente a partir de los 65 años y hasta los 74 años (13,7%), una cifra que se duplica cuando la población supera los 75 años (32,1%), y que afecta de forma desigual a ambos sexos: al 35,7% de las mujeres y al 26% de los hombres.

Además, la información disponible sobre la población afectada por situaciones de discapacidad evidencia las consecuencias de las desigualdades en salud, dado que la prevalencia de limitación crónica de la actividad aumenta progresivamente a medida que se desciende en la clase social o según disminuye el nivel de estudios de la población: el 12% de los hombres y el 13% y las mujeres, sin estudios formales o con estudios primarios presentan algún grado de discapacidad, frente al 5% de los hombres y al 7% de las mujeres con estudios universitarios (ESCAV 2018).

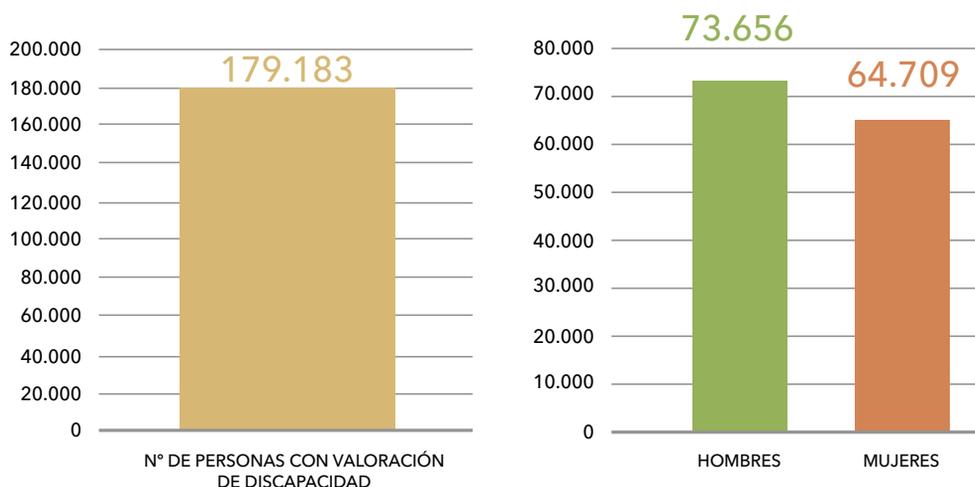
---

<sup>48</sup> Considerando que la esperanza de vida en Euskadi es seis años superior en las mujeres, esta diferencia disminuye considerablemente al constatar que la esperanza de vida libre de discapacidad se reduce al menos 10 años en todos los casos y es solo dos años superior en las mujeres.

<sup>49</sup> A pesar de la heterogeneidad que caracteriza a las personas en situación de discapacidad, todas ellas comparten, en mayor o menor medida, la necesidad de contar con apoyos para vivir con plenitud de derechos o para participar en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía en la vida económica, social y cultural. De acuerdo con el *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*, “son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás” (Art. 4).

**Figura 21.**

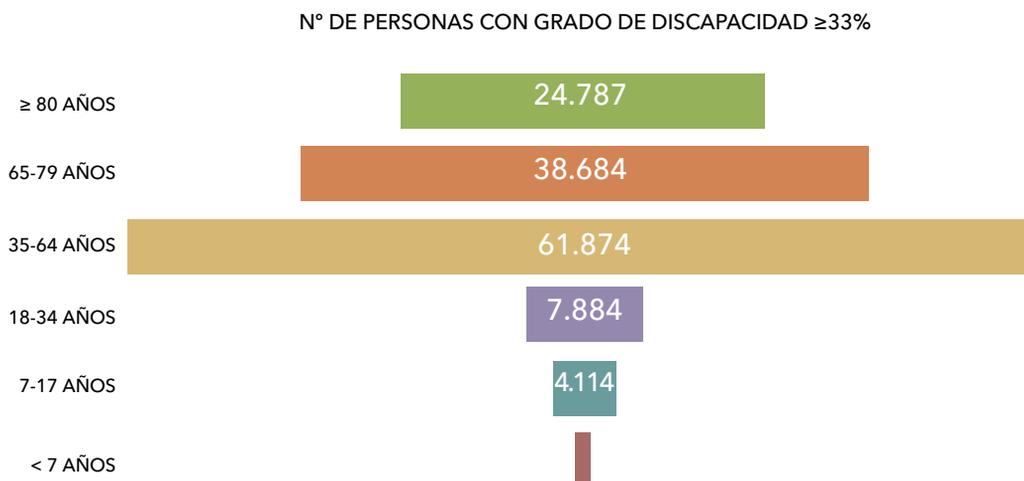
Valoración y reconocimiento de la discapacidad en Euskadi. Distribución por sexos (2020).



Fuente: Elaboración propia a partir de la información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Imsero, a fecha de 30.11.2020).

**Figura 22.**

Distribución por edades de las personas con grado reconocido de discapacidad =>33% en Euskadi (2020).



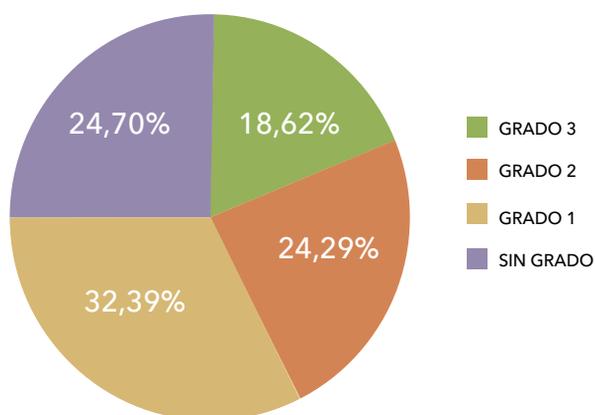
Fuente: Elaboración propia a partir de la Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad, Año 2018 (Imsero).

El número de solicitudes de algún tipo de ayuda y asistencia para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria aceptadas, según la información publicada por el Imsero (a fecha de noviembre de 2020), se eleva al 99,56% del total de solicitudes registradas. Estas ayudas benefician a un 2,97% de la población en Euskadi y sitúan la ratio de prestaciones por persona beneficiaria en 1,35.

En cuanto al grado de dependencia de las resoluciones, en Euskadi se produce una distribución bastante homogénea respecto a los perfiles sin grado de dependencia o con grados 1, 2 o 3<sup>50</sup>.

**Figura 23.**

Número de resoluciones según grado de dependencia en Euskadi (2020).



Fuente: Elaboración propia a partir de la información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Imsero, a fecha de 30.11.2020).

La distribución de prestaciones indica, de forma mayoritaria, que estas se destinan a proporcionar apoyo a los cuidados familiares<sup>51</sup> en el 54,18% de los casos. La atención residencial (18,65%), la ayuda en el domicilio<sup>52</sup> (9,62%), los cuidados en centros de día y/o noche (10,30%) o la teleasistencia (30,05%) concentran más del 65% restante de los apoyos financiados con las ayudas para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

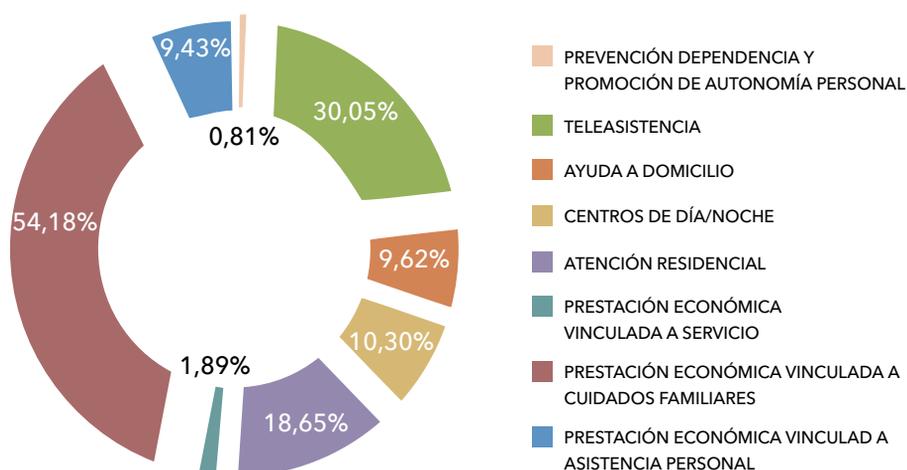
<sup>50</sup> La Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia reconoce el derecho a la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas dependientes, mediante la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia SAAD. Esta ley establece tres grados de dependencia: el **Grado I de dependencia moderada**, correspondiente a situaciones en las que la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria (ABVD) al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal; el **Grado II de dependencia severa**, en aquellos casos en los que la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria (ABVD) dos o tres veces al día pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal; y el **Grado III de gran dependencia**, cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria (ABVD) varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

<sup>51</sup> La prestación económica vinculada a cuidados familiares es aquella cantidad de dinero de carácter periódico que se reconoce excepcionalmente cuando la persona beneficiaria es atendida por su entorno familiar.

<sup>52</sup> Se entiende por ayuda a domicilio la prestación económica destinada a financiar el conjunto de atenciones y cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, técnico y doméstico que pueden tener un carácter preventivo, asistencial/rehabilitador destinadas a familias y personas con dificultades para procurarse su bienestar físico, social y psicológico, proporcionándoles la posibilidad de continuar en su entorno habitual.

**Figura 24.**

Distribución de prestaciones en materia de dependencia en Euskadi (2020).



Fuente: Elaboración propia a partir de la información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Imsero), a fecha de 30.11.2020.

El análisis del perfil de salud de la población en Euskadi exige contemplar indicadores tradicionales como la esperanza de vida (que refleja el nivel de salud de la población en relación con las condiciones sociales y económicas de un momento concreto), pero también la calidad de los años de vida, especialmente los vividos en buena salud, para determinar tanto el peso de la morbilidad en la situación y evolución de salud de la población, como las necesidades sociales y sanitarias que puedan derivarse de ambas.

La longevidad como fenómeno demográfico de tendencia ascendente, comporta años de *con-vivencia* con patologías físicas y mentales, dado que no suponen la mortalidad inmediata. Por tanto, la afectación para la calidad de vida habrá de ser evaluada en base a las consecuencias que estas patologías suponen para la limitación de la actividad diaria o la incapacidad de su desarrollo por parte de las personas.

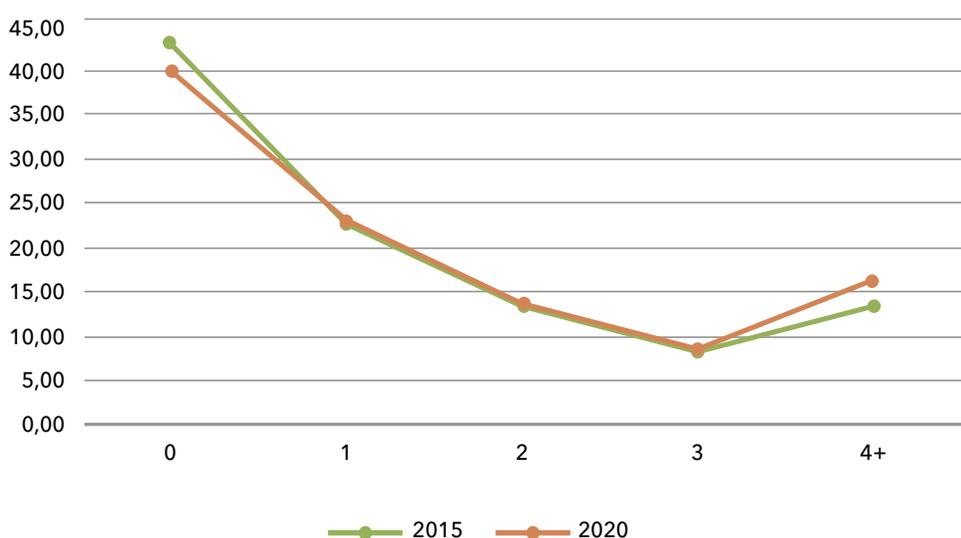
Del conjunto de la población de Euskadi, un 9,6% presenta alguna limitación de su autonomía funcional. Estas limitaciones graves afectan al 3,6% de la población, siendo no graves en el 6,1% de los casos. Así, la prevalencia de estas limitaciones es mayor entre las personas en situación de exclusión social (23,1%) que entre quienes se encuentran en situación de integración social (7,2%) (FOESSA 2019).

En relación con la prevalencia de las enfermedades crónicas en Euskadi esta aumenta conforme crece la esperanza de vida de la población y afecta progresivamente y en mayor medida a las cohortes de edades más avanzadas de ambos sexos, con una cifra ligeramente superior entre la población femenina: el 42% de los hombres padecen algún problema crónico de salud frente el 43% de las mujeres (ESCAV 2018).

La comparación de la prevalencia de patologías crónicas entre la población en Euskadi (2015 y 2020) muestra que en 2020 se produce un ligero descenso en el número de personas sin patología crónica alguna al tiempo que se registra un leve repunte en el número de personas que padecen cuatro o más problemas crónicos de salud.

**Figura 25.**

Evolución de la población según el número de patologías crónicas en Euskadi (2015-2020) (% de población).



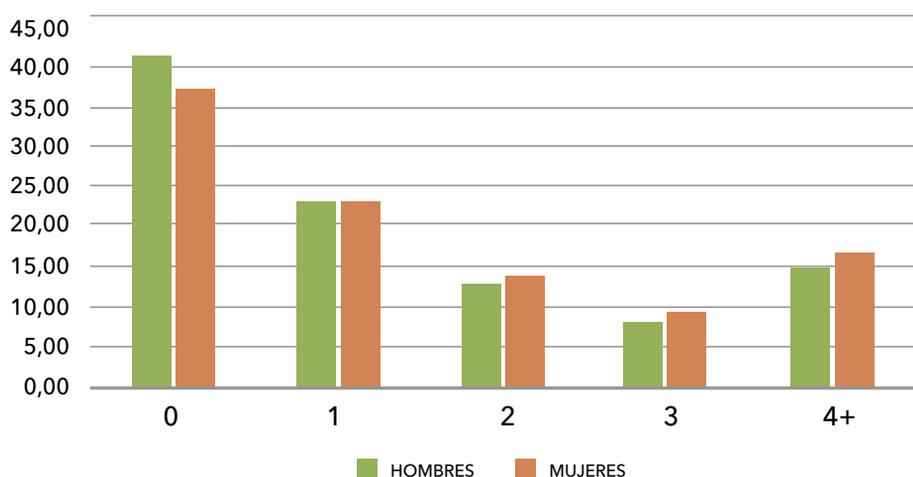
Fuente: Base de datos de estratificación de Euskadi, Osakidetza (Periodo<sup>53</sup> 01.0.2014-31.08.2015 y 01.01.2020).

A partir de los 45 años la posibilidad de padecer al menos una patología crónica se eleva al 55% de la población en Euskadi. La desagregación de datos para ambos sexos indica que las mujeres, independientemente de su edad, superan a los varones cuando el número de patologías crónicas es más de dos.

<sup>53</sup> Para el período 01.0.2014-31.08.2015 los cambios realizados en los criterios de estratificación provocan un aumento del dato correspondiente a la prevalencia de personas con patologías crónicas respecto a datos procedentes de estratificaciones realizadas en períodos anteriores. Esto se debe fundamentalmente a la consideración de los diagnósticos de episodios abiertos, aunque no se haya producido actividad en los mismos durante el último año.

**Figura 26.**

Distribución de la población de acuerdo con el sexo según el número de patologías crónicas en Euskadi (2020) (% de población).

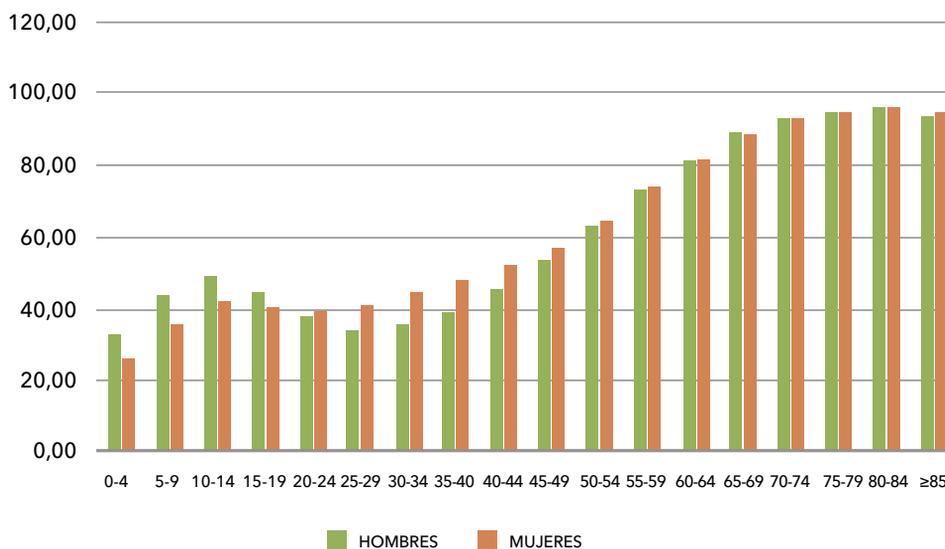


Fuente: Base de datos de estratificación de Euskadi, Osakidetza (extracción de datos a fecha de 01.01.2020).

Considerando la variable edad, la prevalencia de padecer una o más patologías crónicas aumenta con esta y a partir de los 70 años de edad, el 93% de la población vasca presenta al menos una enfermedad crónica.

**Figura 27.**

Prevalencia de personas con patología crónica por grupos de edad y sexos (2020) (% de población).

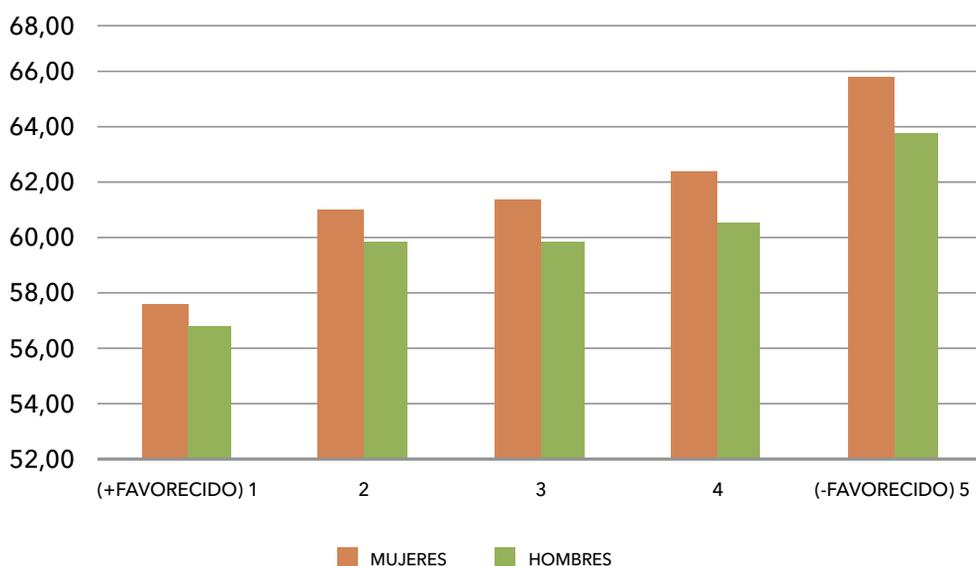


Fuente: Base de datos de estratificación de Euskadi, Osakidetza (01.01.2020).

En materia de salud mental, la proporción de personas con síntomas de ansiedad y depresión en Euskadi aumenta con la edad, con una mayor prevalencia entre las mujeres de todos los grupos de edad respecto a los varones (ESCAV 2018).

**Figura 28.**

Prevalencia de patologías crónicas por quintil socioeconómico. Porcentajes estandarizados por edad (2020).



Fuente: Base de datos de estratificación de Euskadi, Osakidetza (01.01.2020).

\*Nota: El 5 representa el nivel socioeconómico más bajo.

Los resultados de la ESCAV 18 continúan evidenciando el peso de los determinantes sociales para la salud y la calidad de vida, y la influencia de aspectos como la clase social o el nivel de estudios en la percepción y estado de salud de las personas. El análisis de las desigualdades en salud en función de la clase social pone de manifiesto que la pertenencia a un determinado grupo socioeconómico contribuye a una percepción más desfavorable de la calidad de vida relacionada con la salud a medida que se desciende en la escala social y viceversa. Es decir, los datos identifican un gradiente social de la salud que afecta en forma de inequidad a determinados grupos de población y que constata que el estado de salud de las personas es peor cuanto peor es su situación socioeconómica.

Así lo indican los datos de prevalencia de enfermedades crónicas de acuerdo con el quintil socioeconómico, que muestran la incidencia de los determinantes sociales para la salud de las personas. De acuerdo con cifras recientes obtenidas de la Base de Datos de Estratificación (Osakidetza, 2020) en Euskadi se confirma la fuerte relación existente entre patologías crónicas, nivel socioeconómico desfavorecido y sexo: a más edad y peores condiciones socioeconómicas, mayor patología crónica, especialmente en el caso de las mujeres.

El escenario demográfico a futuro plantea importantes desafíos para la atención sociosanitaria en Euskadi a consecuencia del progresivo aumento de la esperanza de vida de una estructura de población de edad avanzada que, además, se ve afectada por, al menos, una patología crónica superados los 45 años y que, a medida que suma años de vida incorpora a estos discapacidad y dependencia. A estos factores se suman otros condicionantes como los nuevos modelos y roles familiares, que introducen paulatinamente cambios -y aumento de la demanda- en la provisión de cuidados en el entorno familiar en Euskadi, tradicionalmente asumidos por la población femenina.

### Predominio de los procesos de movilidad descendente en la sociedad vasca con indicios de cierta polarización social por crecimiento de situaciones de integración plena y situaciones de exclusión social severa

El proceso de mejoría económica iniciado en 2013 comporta efectos para la estructura de población y también para la sociedad en su conjunto, con un impacto relevante en las condiciones de vida y la salud de la población. La recuperación económica y, en particular, el aumento de la proporción de personas ocupadas ha favorecido el reciente crecimiento de población en situación de integración social, que en 2018 pasa a ser el grupo mayoritario en Euskadi.

Paralelamente, las tasas globales de exclusión casi no experimentan descenso alguno y se confirma el aumento de las situaciones de exclusión social severa. Esta tendencia a la distribución dual plantea un riesgo para la sociedad vasca, por efecto de la concentración de casos en los dos polos del continuo exclusión-integración social y la reducción de los espacios intermedios entre ambos.

Este fenómeno subraya la compleja relación existente entre pobreza relativa y exclusión social, y pone de manifiesto la importancia de los mecanismos de protección de garantía de rentas ante la precarización de los empleos y la debilidad de los ingresos por trabajo.

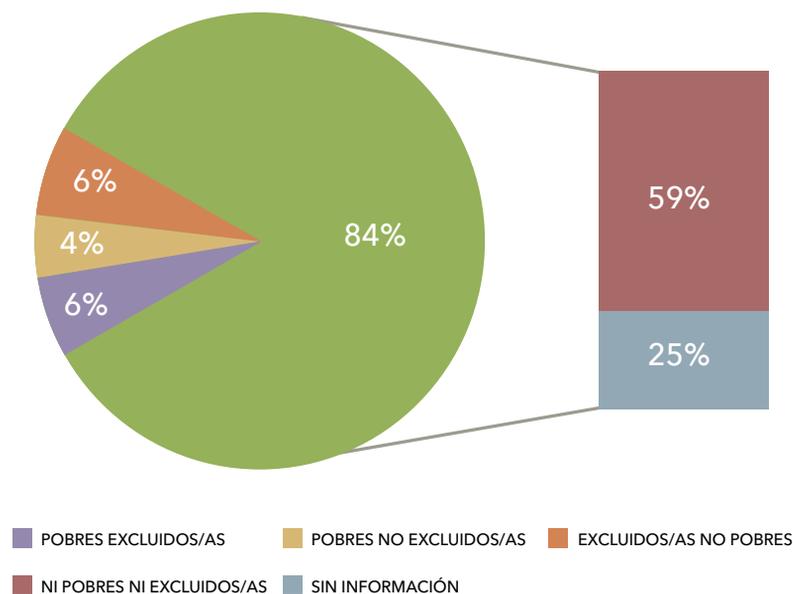
En la dimensión económica, se constata que la crisis ha debilitado la capacidad del empleo asalariado como elemento de protección frente a la pobreza y la exclusión social<sup>54</sup>, y se asiste a su paulatina consolidación estructural en Euskadi.

---

<sup>54</sup> Como factores de exclusión social en Euskadi la vivienda (22,2%), la salud (15,5%) y el empleo (14,5%) destacan como los tres aspectos más problemáticos para la población (FOESSA 2018).

**Figura 29.**

Relación entre la pobreza relativa y la exclusión social de la población en Euskadi (% sobre el total) (2018).



Fuente: Elaboración propia a partir de EINSFOESSA (2018).

Los datos de la Encuesta de Familias y Hogares (EFH 2019) registra una ligera disminución tanto en el número de personas de referencia en los hogares vascos que carecen de ingresos, que se sitúa en el 10,1% de los hogares de Euskadi, como en de los hogares en los que ninguna persona dispone de ingresos, que desciende al 0,7% del total de hogares. Esta disminución se traduce también en una reducción del número de hogares que solicitan acceso a la Renta de Garantía de Ingresos (RGI)<sup>55</sup>/ Prestación Complementaria de Vivienda<sup>56</sup> (PCV): 4,95% de los hogares de Euskadi.

<sup>55</sup> La Renta de Garantía de Ingresos es una prestación económica mensual para atender las necesidades básicas de las personas y familias que no disponen de recursos suficientes a fin de contribuir a su empleabilidad o a la búsqueda de una mejora en el empleo (Lanbide-Servicio Vasco de Empleo, Gobierno Vasco).

<sup>56</sup> La PCV es una prestación económica de carácter periódico, de naturaleza económica, que se articula como un complemento de la Renta de Garantía de Ingresos (RGI) y se destina a la cobertura de los gastos de alquiler de la vivienda o alojamiento habitual, en cualquiera de sus modalidades de arrendamiento, subarriendo, coarriendo, hospedaje y alquiler de habitaciones, con una cuantía máxima de 250 euros mensuales, sin posibilidad de incremento alguno por ninguna circunstancia, en cualquiera de sus modalidades de arrendamiento, subarriendo, coarriendo, hospedaje o alquiler de habitaciones (Lanbide-Servicio Vasco de Empleo, Gobierno Vasco).

En una línea complementaria, la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (EDPS 2018) informa de la desigual distribución de los recursos entre la población vasca.

A pesar de registrarse en términos generales un aumento significativo de los ingresos medios en los hogares de Euskadi en 2018, coincidiendo con el inicio en 2013 de un nuevo período de crecimiento económico y disminución del desempleo, la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (Indicador AROPE<sup>57</sup>, ECV-INE 2019) de la población vasca disminuye ligeramente al situarse en el 14,4%<sup>58</sup>. Estas cifras refieren una estabilización de la pobreza más severa, que perjudica al 5,1% de la población (EDPS 2018), así como el descenso de la población en situación de privación material grave<sup>59</sup>, que afecta al 5,6% (EDPS 2018) y que, pese a la recuperación económica iniciada, no logra cubrir gastos básicos.

De igual modo resulta significativo el cambio de tendencia que se registra con el descenso en la proporción de personas en hogares en situación de bienestar casi completo (28,5% según EDPS 2018) y que debido al aumento del peso de los grupos menos favorecidos confirma el predominio de los procesos de movilidad descendente en la sociedad vasca.

Se constata así el aumento de los valores de los indicadores de desigualdad en Euskadi con un repunte de las diferencias entre el 20% más rico de la población y el 20% más desfavorecido en Euskadi para el bienio 2016-2018 (EDPS 2018).

Respecto a los niveles de integración social, el VIII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en el País Vasco (2019) informa que el 8,8% de la población vasca se enfrenta a una situación de exclusión severa y un 6,4% se encuentran en situación de exclusión moderada. Es decir, aproximadamente unas 334.000 personas enfrentaron en 2018 un proceso de exclusión social moderada o severa: esto es, una de cada siete personas en Euskadi.

---

<sup>57</sup> La tasa AROPE (siglas en inglés correspondientes a *At Risk Of Poverty or Social Exclusion*) se creó en 2010 para medir la pobreza relativa en Europa de forma que se ampliase el concepto de la tasa de riesgo de pobreza, que solo contempla los ingresos. Por tanto, la tasa AROPE se construye con la población que se encuentra en riesgo de pobreza, o con carencia material severa o con baja intensidad en el empleo.

<sup>58</sup> Paradójicamente, en este contexto de crecimiento económico y reducción del desempleo, aumenta el número de hogares o unidades de convivencia en Euskadi en el bienio 2016-2018, muy por encima del crecimiento de la población. Este hecho se corresponde con la emancipación de población menor de 45 años, que se presentan un riesgo mayor de pobreza y precariedad, ya que parte de este proceso es protagonizado por población desfavorecida (Encuesta de Necesidades Sociales 2018, Departamento de Empleo y Políticas Sociales 2019).

<sup>59</sup> El Eustat define como población en situación de privación material grave a las personas que no disponen de recursos para hacer frente a al menos cuatro de las siguientes situaciones: I) pagar el alquiler y las facturas corrientes, II) calentar correctamente su vivienda, III) hacer frente a gastos imprevistos, IV) comer carne, pescado o proteínas equivalentes con regularidad (días alternos), V) pasar una semana de vacaciones fuera del hogar, VI) disponer de coche, VII) disponer de lavadora, VIII) disponer de TV en color, o IX) disponer de teléfono (Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales).

El perfil mayoritario de las personas en exclusión social<sup>60</sup> en Euskadi responde al de hogares cuyas personas sustentadoras son adultas/mayores, con un nivel educativo medio, ocupadas en el mercado de trabajo con una baja intensidad laboral, de nacionalidad española, sin menores a cargo y con residencia en barrios en buenas condiciones (FOESSA 2019).

En definitiva, se confirman los indicios de cierta polarización social, en la medida en que se registra una tendencia creciente de las situaciones de integración plena (56,6% de la población) y, en paralelo, el aumento de las situaciones de exclusión social severa.

La importante disminución de ingresos de los grupos de menor renta en la última década en Euskadi es compatible, sin embargo, con tasas relativamente bajas de desigualdad, dado que los indicadores socioeconómicos evidencian una estructura de ingresos más igualitaria (FOESSA 2019).

Atendiendo a una dimensión de análisis centrada en el nivel de integración y cohesión social en Euskadi, resulta pertinente destacar que desde 2013 no se ha logrado revertir la tendencia a la precarización de las condiciones de vida de la población más vulnerable que, situándose por encima o por debajo del umbral de la pobreza, enfrenta dificultades de integración social y una mayor vulnerabilidad social.

En definitiva, la atención sociosanitaria de la población en Euskadi implica dar respuesta a las necesidades que se identifican en los diferentes ámbitos y grupos de población, especialmente en los colectivos diana, tanto en la articulación de políticas preventivas, como en la intervención directa sobre los condicionantes sociales del bienestar y salud de las personas.

La identificación de necesidades sociosanitarias, especialmente en los colectivos diana de intervención estratégica (personas con discapacidad y/o en situación de dependencia, personas en riesgos de exclusión y desprotección, niños con necesidades especiales, personas afectadas por un trastorno mental y otros colectivos -mujeres víctimas de violencia machista, personas en situación de final de vida, etc.-) plantea las condiciones de actuación con las personas como eje central, de modo que las respuestas se coordinen desde los sistemas de servicios sociales y de salud en base a los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad y participación ciudadana.

---

<sup>60</sup> Los hogares que registran tasas de exclusión más elevadas son aquellos cuya persona sustentadora principal tiene menos de 30 años. Asimismo, la prevalencia más alta de situaciones de exclusión se produce en hogares sustentados por una persona en situación de búsqueda de empleo (FOESSA 2019).

## ANEXO II. Marco teórico sociosanitario

### Una visión ecológica

La formulación de “**lo sociosanitario**” no encuentra un marco conceptual cómodo.

Su condición de práctica exitosa sin teoría canónica, la dificultad para su ubicación en un espacio asistencial concreto y su indudable impacto en la vida de las personas con necesidades sociosanitarias exigen la búsqueda de respuestas sobre su entidad, funcionamiento y futuro desde una visión sistémica.

“Lo sociosanitario” se articula mal con las relaciones causa-efecto lineales al uso y debe encuadrarse sistemáticamente en contextos amplios. Los descriptores deben pues atender a estos modelos, amplios y explicativos, pero poco precisos en sus predicciones y de larga data de implantación.

Los conceptos sociosanitarios se pueden enunciar como un relato que toma como modelo preferente el discurso de las ciencias de la complejidad que son en definitiva las ciencias de la vida.

Los agentes que interactúan en el nivel micro del sujeto biopsicosocial que ve roto su equilibrio en diversos momentos vitales con la emergencia de necesidades diversas, que llamamos sociosanitarias, tiene su representación macro en la interacción de estos agentes con los sistemas de provisión sociales y sanitarios. Estos sistemas pueden ser entendidos como sistemas adaptativos complejos: conectados (independientes pero influidos entres sí), adaptativos (capaces de aprender) y con una gran cantidad de conexiones entre sí. Es decir, como estructuras vivas.

Las fuerzas a las que están sometidos los sistemas adaptativos complejos que configuran “lo sociosanitario” y el escenario en el que se representan pueden ser caracterizadas desde la Biología como un **Ecosistema**.

En un ecosistema sociosanitario se da la confluencia de variables estructurales (contextuales) y funcionales (dinamizadoras) que orientan la canalización de la energía propia a la emergencia de proyectos característicos con una funcionalidad y una serie elementos comunes entre sí.

Una lectura correcta de la actividad sociosanitaria en nuestro medio en los últimos años nos ha nutrido de una gran variedad de ejemplos, con la formación y desaparición de ecosistemas sociosanitarios, y nos aconseja en la revisión de los productos emergentes exitosos de los ecosistemas locales como los más adaptados y oportunos.

Los productos emergentes surgen en un marco de equilibrio, pero también de competición, no nacen de la nada, sino que se asientan en una práctica que puede ser considerada ineficiente, pero existe, lo nuevo solo sustituirá a lo viejo si demuestra ser mejor y más adaptado al ecosistema. La innovación en un contexto de competición se puede propiciar y provocar, pero no imponer.

La orientación y el reconocimiento de los sistemas entre sí puede dar lugar a distintas vías:

- En un contexto de encuentro casual este reconocimiento puede ser en base a relaciones de mutualidad en la que ambos sistemas obtienen beneficios, que en la naturaleza se conocen como relaciones de **simbiosis**. Hay una interdependencia pero se mantienen las características de ambos sistemas. En el ámbito sociosanitario caracteriza las **relaciones de coordinación**.
- En un contexto de competición el reconocimiento puede ser en base a la reproducción y el intercambio supone una pérdida de identidad para la emergencia de lo nuevo. En la naturaleza son las relaciones de **hibridación** que caracterizarían los procesos de **integración estructural y funcional** de lo sociosanitario.

A estas características los ecosistemas suman las mutaciones en las que se produce la emergencia de nuevas características aleatorias más adaptadas al medio.

Una derivada fundamental en el mantenimiento de un ecosistema es que su gasto de energía sea eficiente, no derrochando esfuerzos y recursos en la implantación de nuevos emergentes y asegurando que los cambios quedan con parte del *modus operandi* íntimo. La **sostenibilidad** del producto sociosanitario dicta que la atención sociosanitaria no se suma como un nuevo recurso, sino que debe ser una característica de los sistemas social y sanitario.

Para finalizar en esta visión de modelo ecosistémico, complejo y sostenible como herramienta conceptual proponer algunos de los valores que deben fertilizar el desarrollo de los ecosistemas sociosanitarios.

- La **transdisciplineridad**, como modelo de trabajo y dinámica de equipo. También como recordatorio que una explicación total del modelo exige nuevos cuerpos de conocimiento aún no desarrollados en los que deben coparticipar los agentes sociales y sanitarios.
- La **flexibilidad y el pragmatismo**, no hay vías regias hacia “lo sociosanitario”. En ocasiones solo apuesta por modelos intuitivos que configuren nuevas emergencias.
- La **paciencia**, el tiempo es una dimensión importante en el desarrollo de un ecosistema, la maduración y los tiempos culturales no se compadecen con la urgencia de los problemas y necesidades sociosanitarias. Para el desarrollo de los ecosistemas hay que tener una mirada larga.

La **esperanza**, la atención sociosanitaria se propone como el auténtico lugar de encuentro de la entidad biopsicosocial, como centro real, el sujeto y su domicilio, de los sistemas.

## ANEXO III. Relación de estrategias sectoriales y corporativas

### Estrategias sectoriales dirigidas a los colectivos diana sociosanitarios

- [Procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV \(2015\)](#). Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- [Estrategia vasca de envejecimiento activo \(2015-2020\)](#). Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- [Guía de atención integral a las personas en situación de transexualidad \(2016\)](#). Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- [Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016-2020](#). Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- [Proceso de atención integrada a niños y niñas con necesidades especiales \(2017\)](#). Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Departamento de Educación. Gobierno Vasco. Diputación Foral de Bizkaia.
- [Guía para el envejecimiento activo y saludable \(2017\)](#). Euskadi Lagunkoia. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- [IV PLAN VASCO DE INCLUSIÓN 2017-2021 Euskadi, Territorio Inclusivo](#). Gobierno Vasco.
- [VII Plan sobre Adicciones de Euskadi \(2017-2021\)](#). Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- [Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023](#). Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- [Estrategia vasca para personas sin hogar 2018-2021](#). Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- [Guía de acompañamiento Integra/Erantsi para personas en procesos de integración \(2019\)](#). Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- [Agenda Nagusi \(2019\). Informe final](#). Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- [Estrategia de Accesibilidad Universal en Euskadi \(2019\)](#). ISEK, Consejo Vasco para la promoción de la accesibilidad. Gobierno Vasco.

- [Estrategia de Prevención de la Obesidad Infantil en Euskadi \(2019\)](#). Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- [Guía de actuación ante la violencia de género y las agresiones sexuales \(2019\)](#). Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- [Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi \(2019\)](#). Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- [Estrategia vasca de gobernanza con las personas mayores 2019-2022](#). Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- [Propuestas inclusivas para la intervención con el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo \(NEAE\), 2020](#). Departamento de Educación. Gobierno Vasco.
- *Estrategia Sociosanitaria de Familias Cuidadoras (2021-2024)*. Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.

## Estrategias corporativas con vinculación para la atención sociosanitaria

- [Políticas de Salud para Euskadi 2013 – 2020](#). Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- [Plan estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2016-2019](#). Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- [Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020](#). Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- [Estrategia de promoción del Tercer Sector Social de Euskadi. Plan de Legislatura 2018-2020](#). Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.
- [Estrategia para la atención primaria en Euskadi \(2019\)](#). Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- [Estrategia de Investigación e innovación en salud 2020](#). Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
- [Marco Estratégico 2021-2024](#). Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

## ANEXO IV. Autoría y participación

### Redacción y Coordinación

#### **EQUIPO DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA DE EUSKADI**

**José Antonio de la Rica Giménez**

Director de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

**Alfredo Alday Jurado**

BIOEF. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

**Jose Luis Bilbao Madariaga**

Dirección General. Osakidetza.

**Lucía Iñigo Regalado**

BIOEF. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

**Catarina Paz Camaño**

BIOEF. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

### Colaboración

**Esther Astola Garro**

Coordinadora Sociosanitaria. Diputación Foral de Araba.

**Arantxa Ayarza Azurza**

Coordinadora Sociosanitaria. Diputación Foral de Gipuzkoa.

**Iñaki Carrera Arrieta**

Coordinador Sociosanitario. Delegación Territorial de Salud de Gipuzkoa.

**José Ramón Guinea Uriarte**

Coordinador Sociosanitario. Delegación Territorial de Salud de Bizkaia.

**Rafael Lopez-Arostegi**

Asesor del Departamento de Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.

**Marian Olabarrieta Ibarrodo**

Directora de Servicios Sociales. Departamento de Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. Gobierno Vasco.

**Amaia Saénz de Ormijana Hernández**

Coordinadora Sociosanitaria. OSI Araba. Osakidetza.

**Lourdes Zurbanobeaskoetxea Laraudogoitia**

Coordinadora Sociosanitaria. Diputación Foral de Bizkaia.

**EUDEL**

Asociación de Municipios Vascos.



