



PROPUESTA DE UNA ESTRATEGIA DE ATENCION Y COORDINACION SOCIOSANITARIA

Febrero 2015

Las aportaciones que presentamos han sido trabajadas conjuntamente entre profesionales de Trabajo Social pertenecientes a la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS) y al Consejo General de Colegios de Trabajadores Sociales. Dichas aportaciones se centran en aspectos del documento borrador sobre “Propuesta de una estrategia de Atención y Coordinación Sociosanitaria” elaborado por el IMSERSO, y que consideramos son importantes para la correcta comprensión e implantación de la Atención y Coordinación Sociosanitaria.

Presentación

En España la atención sociosanitaria fue definida en la ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, y se refiere a ella como “el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”, señalando que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondiente.

Tres son los conceptos básicos* contenidos en esta definición y que marcan los pasos a seguir:

1.- **Conjunto de cuidados del sistema de salud y del sistema de servicios sociales**, lo que obliga a una completa definición de los mismos: a quién se atiende, con qué cuidados, quién los financia, etc.

2.- **Actuación simultánea y sinérgica**, lo que obliga a una definición de **protocolos** que determinen con precisión quién hace qué.

3.- **Garantía de continuidad de cuidados** lo que obliga a diseñar **procesos de atención coordinados***

**Nota: Consideramos importante remarcar los conceptos básicos, esto sitúa directamente al lector ante el hecho diferencial de la estrategia que se propone y del contenido de la misma.*



Sin embargo, el concepto “de atención sociosanitaria” ha ido evolucionando asociándose casi exclusivamente a la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presentan simultáneamente dependencia y enfermedades, generalmente crónicas (a veces causantes propiamente de la situación de dependencia) y que tienen necesidad de cuidados sociales y sanitarios al mismo tiempo, casi siempre de forma institucionalizada, obviando el carácter global que por definición garantiza la atención social y sanitaria coordinada y que por tanto debe proporcionarse también en el domicilio familiar, donde vive la mayoría de las personas con estas necesidades.*

** Nota: Con esta redacción del párrafo anterior, **cambia el sentido del texto original** que daba a entender que el concepto ha ido evolucionando de acuerdo a las necesidades.... y no es así. La evolución ha venido condicionada por la presión sobre los sistemas que realizan las patronales de servicios a la dependencia y a los mayores, y en menor medida las familias, obviándose la importancia de la coordinación de la atención en domicilio.*

En este sentido remarcamos que la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios trae consigo beneficios para la ciudadanía en tanto en cuanto puede facilitar la respuesta a una situación de necesidad social y sanitaria, temporal o definitiva que se puede plantear en un momento determinado de la vida. Teniendo en cuenta este enfoque, la atención y coordinación sociosanitaria como estrategia, habrá de establecer procedimientos para hacer llegar servicios y prestaciones coordinadas/integradas a cualquier persona y en cualquier momento que a ésta le sean necesarias.

La práctica nos demuestra que se pueden presentar dos situaciones mas o menos diferenciadas:

- a) La menos compleja sería cuando estas necesidades no se presentan simultáneamente, sino de forma sucesiva, en estos casos deberá contarse con protocolos y/o procesos de atención definidos para garantizar la continuidad de cuidados entre una y otra red asistencial, así como la equidad en el acceso a las prestaciones.
- b) Sin embargo, existen una serie de personas que manifiestan necesidades prolongadas y simultáneas -de índole social y sanitaria- para quienes la máxima coordinación entre ambas redes resulta primordial para recibir una atención adecuada, eficaz y pertinente



a los requerimientos complejos y diversos de su proceso asistencial, que requieren una actuación coordinada por dichas redes.

El establecimiento de una estrategia de atención y coordinación sociosanitaria, debe construirse desde el diálogo y el consenso entre los dos sistemas asistenciales, que contarán con todos los Sectores Públicos, Privados y Profesionales, con los que colaboran y que pueden tener competencias y responsabilidades, tanto en la financiación y atención directa sanitaria y social, como influencia en su puesta en práctica. Así podría conseguirse la máxima aceptación, tanto en sus bases como en sus propuestas. *

****Nota: Tras las modificaciones en la redacción de los párrafos anteriores se evidencia mejor que se coordinan dos sistemas, salud y servicios sociales. Tanto sanidad como servicios sociales tienen en sus redes servicios concertados, o privados a los que en todo caso exigen diferentes condiciones y supervisan en la calidad de sus servicios. Es cada sistema el que tiene la responsabilidad de que sus proveedores participen en la coordinación, en las condiciones que el propio sistema ha acordado. Es importante que esté claro que no hay interlocutores, en la definición de la estrategia, al margen de las administraciones de salud y servicios sociales.***

Para promover dicho consenso, con independencia del signo político de las Administraciones Públicas competentes en las diferentes materias, las propuestas que como borrador de trabajo, se plantean desde el MSSSI, están basadas en los contenidos de tres documentos:

- ∅ El Libro Blanco de la Coordinación sociosanitaria de 2011, elaborado durante la anterior legislatura.
- ∅ La estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012.
- ∅ El Informe del Consejo Asesor de Sanidad, sobre Coordinación y Atención sociosanitaria de 2013.

Dichos documentos cuentan con un amplio consenso profesional, político y sectorial, dada la metodología participativa y multisectorial llevada a cabo en su elaboración y suponen importantes aportaciones en cuanto a las propuestas y recomendaciones que contienen.



Agentes participantes *

Los sistemas de salud y servicios sociales para prestar atención sociosanitaria de calidad habrán de tener en cuenta a aquellos agentes o empresas con los que colaboren, para establecer con ellos los objetivos de atención, servicios preferentes y condiciones de los mismos. Dichos Agentes, sin ánimo de exhaustividad, se encontrarían encuadrados en los siguientes Sectores, Organizaciones y Entidades:

Sector Público:

- Consejerías competentes en materias de Sanidad y Servicios Sociales de las CC.AA. como responsable final de los servicios que se prestan.
- Corporaciones locales como corresponsables y gestores de muchas prestaciones.

Sector Privado:

- Proveedores de Servicios Sanitarios.
- Aseguradoras de Servicios Sanitarios.
- Proveedores de Servicios Sociales y Asistenciales.
 - Asociaciones de Pacientes.
 - Plataforma del Diálogo Civil.
 - Asociaciones de Mayores.
 - Asociaciones de personas con discapacidad y sus familias.
 - Entidades colaboradoras en la provisión de servicios y otras. Este sector, proveedor de servicios negocia las condiciones de los mismos con el sistema con el que colabora. Evidentemente es posible que estos proveedores negocien por separado con los sistemas de salud y servicios sociales, lo que es competencia de cada uno de ellos.

***Nota:** Sobre los agentes participantes se ha expresado antes nuestra opinión, por ello hemos introducido cambios en la redacción de este apartado.

Respecto a las organizaciones profesionales y científicas, como agentes intervinientes, se considera que aportan conocimientos pero no deben participar en la negociación de los servicios, dado que eso es del ámbito de la gestión.



RESUMEN EJECUTIVO

La estrategia de trabajo gira en torno a dos fases, en una primera se identificarán cinco ejes: las situaciones personales que requieren de esta asistencia integral, la cartera y el catálogo de servicios sociosanitarios, los requisitos básicos y comunes que deben cumplir los dispositivos de atención, los instrumentos de coordinación y los sistemas de información. En una segunda se abordarán los trabajos relativos a la financiación de la estrategia.

En primer lugar, para abordar adecuadamente la atención a las personas, se requiere una definición ajustada del **perfil de la persona con necesidades de atención sociosanitaria**, y si fuera necesario se establecerían prioridades de atención entre los grupos resultantes.

Este concepto se basa principalmente en los cambios sociodemográficos y epidemiológicos actuales y en la necesidad de prestar una atención integral y continua, mejorando la calidad asistencial y garantizando la cobertura sanitaria y social a estos colectivos, su segmentación en función de las necesidades, así como el establecimiento adecuado de prioridades en la atención.

La definición de la persona con necesidades sociosanitarias debe girar en torno a aquella, que de manera continua e incluso en ocasiones permanente, es usuaria de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios al concurrir en ella al mismo tiempo, necesidades de cuidados que son proporcionados por cada uno de los sectores en sus respectivos ámbitos de actuación; y dicha necesidad es resultado del padecimiento de una o varias enfermedades –generalmente crónicas– unido a ciertos déficits funcionales que le impiden realizar las actividades de la vida diaria (AVD) sin la ayuda de una tercera persona. Lo que determina pues el concepto es la suma de ambos factores: la cronicidad de la enfermedad del paciente y su situación de dependencia (o vulnerabilidad).

En línea con este concepto, podríamos decir que la población susceptible de atención sociosanitaria incluye personas con enfermedades crónicas progresivas, con enfermedades en situación terminal o enfermedades mentales, personas con discapacidades físicas y/o sensoriales y personas con discapacidades psíquicas o intelectuales o adicciones, en las que coexista además de la enfermedad o discapacidad, una situación de dependencia. Esto no significa una clasificación



exhaustiva ni la exclusión de las prestaciones de asistencia social y/o sanitaria al resto de grupos de población con necesidades asistenciales sanitarias y sociales de forma conjunta.

Para que la atención a estas personas quede garantizada, dada la alta variabilidad de las situaciones de los ciudadanos que se encuentran en esta circunstancia, será preciso incorporarlos al proceso de diseño del dispositivo de coordinación sociosanitario, ya que necesariamente, para la efectividad del mismo será imprescindible contemplar sus expectativas, preferencias, demandas, pautas y estilos de vida, principalmente en el ámbito domiciliario.

Esto supone tener en cuenta el grado de dependencia y la necesidad de cuidados personales, de cuidados sanitarios requeridos por su patología y la red de apoyo de la que disponga: familiares, cuidadores y posibilidades económicas.

En segundo lugar, debe regularse una Cartera/Catálogo de Servicios Sociosanitarios y los dispositivos de atención.

Una definición de procesos de intervención más ajustados, adaptados a las necesidades reales de las personas, la optimización de recursos y la eficiencia en el gasto en la prestación de servicios, así como diseños compartidos en los itinerarios de atención e integralidad en su cobertura, son elementos fundamentales para **regular los dispositivos de atención**. Establecer la tipología de las causas de las patologías que deben ser atendidas, considerando también las características que concurren en las distintas situaciones sociales, ayudará a la definición de los servicios a prestar.

Atendiendo a estos postulados en la planificación de servicios y recursos se tendrá en cuenta por un lado la necesidad de adecuar los recursos a las necesidades y no a la inversa y por otro la necesidad de flexibilizar los sistemas de acceso, con el fin de hacerlos permeables y útiles. Estas características son absolutamente necesarias sobre todo para la atención en el medio rural aunque también mejoran la utilización en las ciudades.*

**Nota: este párrafo que se introduce, aporta elementos esenciales para el diseño de esta estrategia. La experiencia demuestra la necesidad de adecuar continuamente los recursos a las necesidades para hacerlos eficientes.*



Son elementos clave de la coordinación sociosanitaria: la prevención, la integralidad, la coordinación interna y externa entre niveles asistenciales, la agilidad y accesibilidad en las prestaciones, la humanización de los servicios, la dimensión ética de la atención, la confidencialidad, la calidad y la atención a las necesidades concretas de los pacientes.

Por lo que se refiere a los dispositivos de atención, los recursos pueden ser públicos, concertados o privados, con el objetivo de cubrir todas las necesidades sociosanitarias de la ciudadanía, lo más cerca posible del entorno de la persona que lo precise, a través de atención en centros (hospital, unidad, servicio, centro residencial), atención domiciliaria o atención ambulatoria.

En tercer lugar*, los sistemas de salud y servicios sociales determinarán los centros y servicios o unidades, en los que se presta atención sociosanitaria y que contarán con la debida autorización de ambos sistemas, a ser posible de forma conjunta.

Los catálogos de centros y servicios que efectúen los sistemas asistenciales harán constar esta modalidad de atención. Sería por ello conveniente el desarrollo de un modelo de **acreditación de centros y servicios sociosanitarios a nivel nacional**.

El sector sanitario y el social, público y privado, deben analizar conjuntamente la problemática de los diferentes grupos de enfermedad crónica y dependencia y confrontar la necesidad teórica de recursos, con la que se esté prestando en cada momento. Una planificación conjunta permitirá una oferta más equitativa y eficiente de recursos y servicios.

**Nota: Modificando los objetivos de esta tercera fase, se reafirma que los centros son sanitarios o sociales, y pueden prestar en todo o en parte atención sociosanitaria. Por ejemplo una residencia de mayores, que siempre será de la red de servicios sociales puede tener entre sus unidades, o incluso toda ella, prestaciones sociosanitarias para convalecencias, rehabilitación, etc. lo que quiere decir que va a prestar asistencia sanitaria de mas intensidad de la que se presta normalmente en un centro de esas características, además de la atención social propia del centro. Lo que va a definir si sus servicios son sociosanitarios es el tipo de prestaciones que da y la financiación de las mismas que obligatoriamente tendrá que ser compartida entre salud y servicios sociales.*



Otro tema es que, a nivel nacional se establezcan criterios homogéneos de acreditación y autorización. Esta premisa, muy importante para la patronal de centros asistenciales, choca de plano con las políticas de servicios sociales de las comunidades autónomas, que son de competencia exclusiva, por lo que parece un cierto despropósito hacer de este tema una condición fundamental para el desarrollo de la estrategia.

En cuarto lugar, por lo que se refiere a **los instrumentos** para la gestión del proceso de coordinación y atención sociosanitaria, la entrada de la persona en el circuito de atención sociosanitario viene condicionada por la presencia de una patología que requiere una atención específica. La confluencia de factores sociales genera una necesidad de actuación coordinada para facilitar la atención correcta y completa al paciente.

La activación del proceso* de atención sociosanitaria puede realizarse tanto desde los servicios sanitarios especializados, como desde la atención primaria o los equipos domiciliarios. Una vez definida la ubicación, los profesionales del nivel de destino se convierten en responsables del caso y tomarán decisiones de reubicación de forma autónoma dentro del proceso de atención establecido al igual que ocurre en otros niveles asistenciales. Debe preverse un circuito de retorno al nivel asistencial de procedencia o al más adecuado según el estado actual del paciente sociosanitario.

Durante todo el proceso asistencial resulta esencial que se produzca una adecuada transmisión de la información de un nivel a otro, por lo que es importante que existan informes estandarizados que deberán recoger información básica a nivel clínico, funcional, social y psicológico.

Para dar respuesta a dichos retos, la metodología de gestión de casos y la figura de la comisión sociosanitaria, constituyen instrumentos imprescindibles para el trabajo compartido y de enlace entre ambos sectores, atribuyéndoles la competencia de asignación del recurso correspondiente, así como del seguimiento de las personas.

** **Nota:** la nueva redacción de esta fase específica que sin una metodología adecuada y un mínimo de estructura conjunta social y sanitaria, no hay coordinación posible.*



En quinto lugar, los Sistemas de Información* son una herramienta fundamental para garantizar una atención coordinada/integrada de calidad. Será necesaria la puesta en marcha de mecanismos y procedimientos para compartir la información sobre el usuario, sanitaria y social, que facilite la toma de decisiones y la coordinación para garantizar la continuidad asistencial. Ello implica la necesaria interoperabilidad de los sistemas en las partes que sean necesarias, para la gestión compartida de los casos.*

El principal objetivo del sistema de información debe ser el de permitir el registro, el seguimiento y la evaluación de todo el proceso de atención, como un instrumento eficaz del trabajo diario para los profesionales y que cubra todos los aspectos de apoyo y necesidades de información que este nivel asistencial requiere.

**Nota: Se ha modificado en parte la redacción del documento ya que este, hacía suponer que se creará un sistema unificado del que no se especifica nada... Quizá sea mas operativo pensar en la interoperabilidad de los sistemas existentes. Y en todo caso en interfaces entre estos, donde se aglutine la información necesaria de ambas partes.*

ESQUEMA DE TRABAJO

1ª FASE

1.- Perfil de la persona con necesidades sociosanitarias.

Definición de la persona con necesidades sociosanitarias: perfiles, patologías, necesidades sociales.

2.- Cartera/Catálogo de Servicios sociosanitarios

- Servicios para la atención: quién le atiende, cómo y dónde.
- Definir los medios profesionales y materiales adaptados a estas necesidades de atención, así como los requisitos y condiciones precisas para una adecuada atención.
- Dispositivos de atención:

Los recursos pueden ser públicos, privados, o concertados, con el objetivo de cubrir todas las necesidades sociosanitarias de las personas, lo más cerca posible del entorno de la persona que lo precise.

- Atención en el domicilio: atención domiciliaria social y sanitaria



- Atención en centros: hospital, unidad, servicio, centro residencial, centros de día...

3.- Requisitos básicos y comunes de acreditación y autorización que deben cumplir los dispositivos de atención sociosanitaria (centros, servicios, unidades), con criterios homogéneos en todo el territorio nacional.

4.- Instrumentos:

- Instrumentos de coordinación y seguimiento de los pacientes: comisiones sociosanitarias, gestores, coordinadores o referentes de casos, guías de actuación, mapas de procesos, programas, protocolos...

5.- Sistemas de Información compartida: Historia sociosanitaria

- Código de identificación único.
- Instrumentos: Case Mix, CMBD, Historia Clínica, Tarjeta Sanitaria, historial básico social
- Nuevos soportes de tecnologías de la información y comunicación.

El principal objetivo del sistema de información debe ser el de identificar este tipo de personas/pacientes con el fin permitir el registro, el seguimiento y la evaluación de todo el proceso de atención, como un instrumento eficaz del trabajo diario para los profesionales y que cubra todos los aspectos de apoyo y necesidades de información que este nivel asistencial requiere.

2ª FASE

6.- Financiación*

Deberá definirse el modelo y los criterios para la implementación, teniendo en cuenta la distinta naturaleza de los agentes que intervienen en la actualidad tanto en los Servicios Sociales como en los Servicios Sanitarios.

Podría hacerse por procesos, utilizando la financiación propia de los dos sistemas, sanitario y de servicios sociales, con aportación de los usuarios de acuerdo con el proceso a que haya lugar y su capacidad económica. En todo caso debe garantizarse la transparencia en la aportación de fondos.

****Nota: Es muy importante señalar que, si bien una buena coordinación de los recursos sanitarios y sociales servirá para dar una utilización mas eficiente a los mismos, en ningún caso con ello se suplirán todas las carencias que los sistemas tienen.***



EJES DE LA ESTRATEGIA

Dado que los textos introductorios de cada eje que aparecen en la propuesta de borrador, tienen un carácter meramente informativo y de contextualización, hemos prescindido de ellos para hacer más corto este documento

1.- PERFIL DE LA PERSONA CON NECESIDADES SOCIOSANITARIAS

PROPUESTA

El perfil* de las personas con necesidades sociosanitarias es todo paciente con enfermedades generalmente crónicas y dependencia funcional, y con necesidades sociales o situaciones de desprotección añadidas a su patología. Puede ser cualquier persona, de cualquier edad, condición o situación que en un momento concreto de su vida necesita la intervención simultánea o sucesiva de los sistemas de atención sanitaria y de servicios sociales.

**Nota: Parece necesario definir de forma global el perfil de los ciudadanos susceptibles de presentar necesidades sociosanitarias, antes de señalar aquellos grupos de personas con patologías complejas que, objetivamente, van a estar entre los usuarios más necesitados de este tipo de atención coordinada.*

Teniendo claro el concepto expuesto, se puede afirmar también, que estas características se dan sobre todo en personas con patologías y condiciones de vida de los grupos que se señalan a continuación.

1.- Personas con enfermedades crónicas de larga evolución (más de dos o tres diagnósticos) y que tras procesos agudos han generado incapacidades funcionales y gran complejidad.

Afectaciones del Sistema Nervioso Central.

Enfermedades del sistema osteomuscular.

Enfermedades del sistema cardiocirculatorio, respiratorio, digestivo, etc.

Otros.



2.- Personas con demencias avanzadas o con algún otro trastorno cognitivo y adicciones de tipo crónico que requieran cuidados sanitarios complejos.

Enfermedad de Alzheimer.
Demencias.
Adicciones.

3.- Personas que, sin patología previa relevante, sufren un proceso que, superada la fase aguda, **causa incapacidad grave potencialmente reversible.**

Accidente Cerebro Vascular.
Fractura de cadera.
Amputaciones.
Síndromes de inmovilidad.
Enfermedades cardiorrespiratorias.
Otras.

4.- Personas que, tras una intervención quirúrgica (postquirúrgicos) o un proceso agudo (subagudos o postagudos) sufren un cuadro clínico que requiere estabilización o una cierta intensidad terapéutica compleja, curas y/o alguna exploración complementaria antes de volver al domicilio.

Complicación de una herida quirúrgica.
Cuadro clínico postneumonía que requiere oxigenoterapia.
Otros.

5.- Paciente geriátrico frágil, persona con una reserva funcional disminuida y que además, sufre algún síndrome geriátrico, como depresión, caídas, incontinencia, etc., que requiere una evaluación geriátrica y seguimiento posterior o un tratamiento rehabilitador intenso.

6.- Personas con enfermedades en grado avanzado sin expectativa de curación y con un pronóstico de vida limitado que requieren un tratamiento sintomático y confort. Estas personas sufren un proceso crónico incurable y progresivo, sin posibilidades de respuesta a tratamientos específicos, con pronóstico de vida igual o inferior a 12 meses, con presencia de sintomatología física o emocional y con posibilidad de claudicación de sus cuidadores

Neoplasias.
Patologías crónicas en últimos estadios (Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Demencias, otros).



7.- Personas que necesiten cuidados y curas de enfermería o administración de medicación que requiere técnicas sofisticadas de enfermería, o tratamientos preventivos complejos para los que no es necesario ocupar una plaza en un Hospital de Agudos, pero que no pueden ser atendidas en su domicilio, ambulatoriamente o en un hospital de día.

- Curas complejas de heridas (quirúrgicas, vasculares, por presión, quemaduras).

Sueroterapias.

Sonda Nasogástrica.

Transfusiones.

Oxigenoterapia.

Otros.

8.- Personas que necesiten recuperar funciones, y que por circunstancias funcionales o sociales, no lo pueden realizar ambulatoriamente o en su domicilio.

Reeducación motriz propia de tipo fisioterápica y/o ergoterápica.

Terapia ocupacional.

Psicoterapia (Psicoestimulación u orientación a la realidad).

Reeducación de la vejiga urinaria.

Otras.

9.- Niños y adolescentes, con discapacidad intelectual o física, con necesidades de apoyo extenso y/o generalizado, y que pudiendo tener graves dificultades motoras y/o de salud, presentan trastornos de conducta y/o requieren atención especializada para atender su discapacidad física. Se trata de niños y adolescentes con procesos tributarios de atención de media estancia (convalecencia, subagudos, paliativos).

Cuidados sanitarios (médicos y de enfermería) con el objetivo de reintegrar a su nivel de procedencia.

Reeducación motriz propia de tipo fisioterápica y/o ergoterápica.

Terapia ocupacional y mantenimiento en el Sistema Nacional de Educación.

Psicoterapia (Psicoestimulación y/o orientación a la realidad).

10.- Personas con enfermedad mental crónica*.

**Nota: el colectivo de personas con enfermedad mental grave y prolongada no entra dentro de ninguno de los definidos en el documento y es objetivamente uno de mas necesitados de atención coordinada*



Cada una de las personas con los perfiles patológicos descritos con anterioridad, tienen que presentar además, problemas sociales de forma independiente o no a su proceso patológico/funcional o bien generados por evolución de la propia patología. Estos problemas deberán ser tratados o atendidos de forma coordinada con la atención social que se requiera según el perfil sanitario. Los principales problemas sociales están relacionados con:

- El soporte familiar y social: capacidad del cuidador y su entorno.
- La convivencia/núcleo familiar y sus niveles de relación.
- Las condiciones de la vivienda.
- La situación económica.
- La red de apoyo social y la disponibilidad de los recursos sociales, sanitarios y socio sanitarios necesarios.
- Cualquier otra situación de vulnerabilidad social no incluida en las anteriores.

2.- CARTERA Y CATÁLOGO DE SERVICIOS SOCIOSANITARIOS: servicios y dispositivos de atención.

PROPUESTA

La atención sociosanitaria deberá promover fórmulas de atención y apoyo que permitan, a ser posible, la permanencia del paciente en su contexto sociofamiliar, para ello se ha de contar con una cartera de servicios suficiente, accesible, complementaria, equilibrada y coordinada entre ambos sistemas en cada territorio, debiéndose definir criterios claros de inclusión para cada prestación.

Los servicios sociosanitarios son agregados* de prestaciones incluidas en los respectivos catálogos y carteras del sistema social y sanitario, si bien aplicadas de forma coordinada, simultánea y estable, compuesta por:

Nota: Es importante que los catálogos y carteras de servicios de los sistemas diferencien los servicios que prestan atenciones comunes a su propio sistema y los que tienen asociada prestación del otro sistema, haciendo constar cual es ésta última.



a) Servicios de prevención*

La coordinación sociosanitaria debe estar integrada en la estrategia de prevención de los sistemas Sanitario y Social. En concreto, se debe incluir una prevención de las complicaciones asociadas a patologías crónicas, físicas o mentales, en especial las de los pacientes crónicos complejos, con medidas de promoción de la salud, detección precoz de agudizaciones y toma de decisiones anticipadas en ambos sistemas asistenciales, incorporando estas actividades de prevención en los Centros de Servicios Sociales y en los Sanitarios de forma coordinada y con objetivos comunes o complementarios planificados conjuntamente.

**Nota: Se ha modificado la redacción de los servicios de prevención para poner más énfasis en la importancia de que estas actividades, que figuran en los catálogos y carteras de servicios de los sistemas de salud y servicios sociales, se realicen de forma coordinada, dado lo que supone en mejora de calidad de las mismas y aprovechamiento de recursos.*

b) Servicios de atención residencial:*

**Nota: La clasificación de recursos que propone el documento oficial es confusa. Se aporta un catálogo alternativo que agrupa, en grandes grupos conceptualmente homogéneos todas las realidades, para garantizar mejor el poder atender todas las realidades sin encasillar, que lo que hace es excluir.*

b.1 Larga estancia: Se entiende por ello un sistema alternativo a la vivienda familiar: centro de la tercera edad, vivienda tutelada, etc., es decir una institucionalización de la persona, en mayor o menor grado.

- Convencional: personas mayores de 65. (debiera revisarse el criterio de edad) y personas con discapacidad
- Psicogerítrica
- Enfermedad Mental
- Otras enfermedades que comporten una larga duración en el tratamiento y seguimiento, asociada a problemas sociales. (SIDA, TB conflictiva...)

b.2 Media estancia

- Estancia temporal para convalecencia y/o rehabilitación.
- Estancia temporal para cuidados Paliativos.



- Estancia temporal por Enfermedad mental
- Estancia temporal por crisis vitales anexas a patologías, sin cobertura social normalizada

b.3 Servicios de atención diurna o nocturna sociosanitarios

- Atención de día/noche sociosanitaria
- Atención de día rehabilitadora
- Atención de día/noche de mantenimiento y prevención de crisis.

b.4 Servicio de farmacia en centros residenciales

- Atención farmacoterapéutica

c) Servicios Domiciliarios*

**Nota: Son los servicios de atención domiciliaria y equipos de soporte en domicilio que prestan atención social y sanitaria de forma coordinada, simultánea o sucesivamente.*

Entre los servicios sanitarios que se prestan en domicilio están:

- ← Cuidados postquirúrgicos
- ← Manejo de vías subcutáneas.
- ← Manejo de vías endovenosas.
- ← Curas de úlceras de piel (UPP, vasculares, etc.)
- ← Realización de controles de constantes (frecuencia cardíaca, PaO₂, ECG, glucemias, etc.) que puedan controlarse a distancia (Telemedicina).

Y entre los servicios sociales que se prestan en domicilio se englobarían actividades de:

- ← Servicios de ayuda a domicilio y apoyo a la unidad de convivencia.
- ← Teleasistencia
- ← Atención especializada a la persona y a la familia
- ← Apoyo psicosocial tanto al paciente como a la unidad de convivencia y familia



3.- REQUISITOS BÁSICOS Y COMUNES EN TODO EL TERRITORIO ESPAÑOL*

PROPUESTA

**Nota: No se trata de crear un nuevo sistema distinto de los ya existentes sino de articular la coordinación de los mismos*

Los recursos utilizados para la atención sociosanitaria pueden ser públicos, privados o concertados, con el objetivo de cubrir todas las necesidades sociosanitarias de las personas, bajo la filosofía de prestarlos lo más cerca posible del entorno de la persona, el trabajo en red, la coordinación de servicios y la interoperabilidad de los sistemas con el apoyo de las nuevas tecnologías.

La atención sociosanitaria se puede proporcionar en los centros y servicios de los sistemas de salud y servicios sociales que se considere necesario por ambas partes.*

**Nota: Se ha eliminado la repetición de los dispositivos porque damos por supuesto que cualquiera de ellos es susceptible de prestar atención sociosanitaria si así lo decidiesen las partes.*

Sistema común de Autorización y Acreditación:*

- Ante la diversidad de modelos de atención y gestión sociosanitaria, sería muy conveniente la existencia de un sistema común de autorización y acreditación de centros y servicios, debiendo consensuarse al efecto los criterios a determinar para su implementación.
- Las posibilidades que ofrecen las sinergias entre administraciones deberían aprovecharse con un solo equipo directivo que contemple bien todos los recursos sociales y sanitarios que prestan o son susceptibles de prestar atención coordinada/integrada.
- La existencia de un sistema común de acreditación y autorización requiere al menos tres cosas:

1.- **Un documento conjunto** elaborado por técnicos de sanidad y servicios sociales que reúna las normas, características, necesidades y protocolos de actuación que deben cumplir las unidades y



servicios sociosanitarios.

2.- Un grupo de trabajo conjunto de técnicos de sanidad y servicios sociales para asesorar, supervisar, orientar y servir de referencia en la práctica a los posibles interesados en la creación de estas unidades y servicios, tanto públicos como privados.

3.- Un órgano directivo conjunto de sanidad y servicios sociales con capacidad de autorizar la puesta en marcha de servicios, centros y unidades y garantizar la financiación de los mismos.

**Nota: la propia disparidad de criterios existente a nivel estatal haría mucho mas sencillo el ir confluyendo a medio plazo, en un primer paso, que cada Comunidad Autónoma establezca sus criterios propios para la autorización de estos servicios y centros. En cualquier caso, si se quiere que el sistema de salud y de servicios sociales autoricen y acrediten centros de forma conjunta, ello solo puede hacerse mediante la articulación de una metodología como la que proponemos mas arriba.*

4.- INSTRUMENTOS

PROPUESTA

Nota: Se propone una redacción mas concreta de esta fase.

Los instrumentos necesarios para la puesta en marcha de esta estrategia son fundamentalmente dos:

1.- Estructuras interadministrativas conjuntas de salud y servicios sociales, que vayan desde el nivel de dirección política y la gestión, a lo puramente operativo y donde se encuadre **la comisión sociosanitaria** y dentro de ella el **profesional referente, gestor o coordinador del caso**.

Las competencias de estas estructuras, además de servir de enlace entre los sistemas y las propias de su nivel de dirección o gestión conjunta, tendrían que ser la asignación de los recursos correspondientes y del seguimiento del plan de intervención individual de cada persona. Para lograrlo, será necesaria la puesta en marcha de mecanismos y procedimientos que permitan compartir la información sobre el usuario (sanitaria y social) para facilitar la toma de decisiones.



Competencias de la gestión de casos.

La **metodología** de gestión de caso, establece que cualquier profesional del equipo puede ser el gestor o profesional de referencia del caso. Los médicos, enfermeros y los trabajadores sociales sanitarios* o de servicios sociales, pueden cumplir un papel relevante, en función de la intensidad de necesidades (sanitarias o sociales) que cada persona requiera en cada momento. No obstante, otros profesionales, como psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, etc. pueden también, cumplir este papel.

**Nota: Existen profesionales de trabajo social que pertenecen al sistema sanitario y otros trabajadores sociales del sistema de servicios sociales, por ello hay que diferenciarlos.*

El profesional de referencia, coordinador o gestor del caso, coordina el plan individualizado de atención socio sanitaria realizado por el equipo multidisciplinar de atención y es el profesional de referencia respecto del caso para los profesionales intervinientes, el usuario y la familia.

2.- Metodología o Procedimiento de intervención compartido basado en la **Gestión de Casos y Procesos de atención**. Es clave definir los Procesos de Atención por los dos sistemas de forma conjunta ya que estos permiten la asignación/derivación de la persona hacia los distintos servicios o recursos. Estos procesos pueden activarse por ambos sistemas desde la atención especializada, la atención primaria o la atención en el domicilio, según esté marcado en el propio proceso de atención, a través de las estructuras sociosanitarias establecidas.

Nota: Sobre estos instrumentos se proponen a continuación unas ideas básicas para su desarrollo extraídas de experiencias realizadas en diferentes comunidades autónomas

Sobre las estructuras a establecer entre el sistema de salud y el de servicios sociales se propone que la comunidades autónomas establezcan al menos las siguientes:

a) Un Consejo Directivo para la Atención y Coordinación Sociosanitaria que estará integrada por políticos y directivos de los Servicios de Salud y de los Servicios Sociales. Su responsabilidad será la planificación y dirección de la estrategia a nivel de la comunidad autónoma.

b) Una Comisión a nivel de departamentos o áreas de salud con capacidad para la elaboración y gestión de procesos de atención coordinados entre salud y servicios sociales.



c) Equipos Sociosanitarios Básicos o Comunitarios cuyo cometido será operativo asumiendo el abordaje de aquellos casos que por sus circunstancias sociales y sanitarias requieren de una intervención común para su atención. Estará constituido por profesionales de atención primaria de salud (trabajador/a social sanitario, enfermera, facultativo...) y por profesionales de los servicios sociales básicos (trabajador/a social de los Servicio Sociales Municipales, profesionales de atención a la dependencia,...) Según las necesidades de la persona a atender, también podrían participar otros profesionales de : Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD), Unidad Básica de Rehabilitación (UBRh), Servicios de Emergencias Sanitarias (SES), Unidades de Salud Mental (USM) etc.

Estos equipos deberán garantizar:

- una atención integral y coordinada con dispositivos sociales y sanitarios
- una atención global (prevención, asistencial, rehabilitadora y de inserción social)
- y una calidad relacional: atención humanizada y cuidado del confort del entorno.

Si la persona sobre la que debe intervenir está hospitalizada, se procederá a activar lo antes posible el Protocolo de Planificación de Alta Hospitalaria (coordinado con la Unidad de Trabajo Social Hospitalario), con el objetivo de asegurar la continuidad de atención y evitar estancias innecesarias. Antes de que el paciente reciba el alta hospitalaria se establecerán los servicios necesarios para atender las necesidades socio-sanitarias del paciente en el domicilio o centro residencial. La relación del hospital con los equipos multidisciplinares comunitarios es fundamental para cumplir dicho objetivo.

Dentro de los Equipos Sociosanitarios Comunitarios o en los centros donde se definan procesos de atención sociosanitaria para personas concretas, **se establecerá un profesional como responsable, referente o coordinador** de todas las actuaciones relacionadas con un usuario.

Sobre el Procedimiento o la metodología de intervención se propone utilizar la Gestión de Casos y el desarrollo de Procesos de Atención.

La gestión de casos* es un modelo de intervención holístico, centrado en el/la cliente como un todo inserto en un entorno, que potencia la autonomía personal y la participación social y, sobre todo, que facilita el acceso a recursos coordinados que responden a las necesidades integrales de los/as clientes (A. Sarabia Sánchez. 2007)

Esta metodología de trabajo exige la existencia de normativa y documentos consensuados entre



los dos sistemas asistenciales que sistematicen el trabajo (guías de caso, protocolos de actuación, mapas de proceso, etc.)

***Nota:** En el ámbito sociosanitario es importante diferenciar entre gestión de casos y gestión de cuidados.

La gestión de casos es una metodología de trabajo mediante la cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades que surgen alrededor de las personas enfermas, de sus familias y de su entorno; articulando la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y costo-efectivos.

La gestión de cuidados está diseñada para garantizar la continuidad de cuidados sanitarios, evitando desajustes materiales -solapamientos y vacíos o déficit de cobertura- y desajustes temporales - desfases o tiempos de espera entre los diferentes servicios, evitar o acortar la hospitalización y reducir sus costes.

5.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN*

PROPUESTA

***Nota:** El manejo de datos que puedan ser necesarios para la atención socio sanitaria por parte de los dos sistemas asistenciales, puede obtenerse mediante la interoperabilidad de los sistemas de información de cada red, abriendo ventanas accesibles a determinados datos, o mediante el volcado de los datos que las partes consideren necesarios a un sistema específico que aglutine toda la información necesaria para la atención conjunta.

Es prioritario impulsar una atención integral al paciente o personas con necesidad de apoyo asistencial intenso y complejo, coordinando de modo continuo y sistemático los servicios sanitarios y los sociales e implantando una entrada única a la **atención sociosanitaria*** (código de identificación único) y una historia clínica electrónica única del paciente para todos los niveles asistenciales y para todo el territorio nacional.



**Nota: El documento oficial hablaba de entrada única al sistema de cuidados. Este sistema no existe y complica sobremanera el entender la necesidad de manejar sistemas de información compatibles.*

Como soporte a la estrategia estatal de atención sociosanitaria, es necesario que los sistemas de información existentes o nuevos, garanticen el acceso a los servicios en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional.

El objetivo principal de un sistema de información compartido debe ser garantizar la atención coordinada/integrada permitiendo el registro, el seguimiento y la evaluación de todo el proceso de atención sociosanitaria, como un instrumento de trabajo eficaz para los profesionales que cubra todos los aspectos de apoyo y necesidades de información.

1.- Historia Sociosanitaria Única:

En ella se recogerá toda la información necesaria en los ámbitos social y sanitario de todo el territorio nacional. Para ello habrán de integrarse los distintos Sistemas de Información existentes en ambos ámbitos (HCD, SISAAD, SIUSS, BDD).

***Nota:** El trabajador social sanitario debe ser el profesional de enlace entre ambos sistemas, puesto que conoce la situación sanitaria del paciente e investiga, valora y diagnostica cual es la situación social del mismo, proponiendo y promoviendo los recursos necesarios para conseguir que el paciente esté en la mejor situación de atención posible.*

2.- Código identificador sociosanitario:

Habrà de establecerse un identificador único para todas* las personas, dado que todas ellas pueden ser en momentos determinados usuarios de los dos sistemas asistenciales.

**Nota: todas las personas pueden ser susceptibles de atención sociosanitaria*



3.- Conjunto mínimo de datos sociosanitarios.

Establecer un sistema de clasificación, como instrumento de planificación y asignación de recursos, aplicable a las personas con necesidades sociosanitarias, en función de las necesidades reales y servicios que se les presta. Ello permitirá una aproximación de carácter científico a la realidad sociosanitaria, la mejora de la calidad asistencial, la elaboración de indicadores, el desarrollo de protocolos de actuación y el establecimiento de planes de cuidados.



**Asociación Española de Trabajo Social y Salud
Presidenta.-**

Agustina Hervás de la Torre



Consejo General del Trabajo Social Presidenta.-

Ana Isabel Lima Fernández