



G

Guías

MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE LA GUÍA PARA LA GESTIÓN COMPARTIDA DE CASOS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA



Junta de
Castilla y León

PRESENTACIÓN

La Guía de Gestión Compartida de Casos, quiere garantizar una metodología de trabajo multidisciplinar. Las personas presentan necesidades complejas y por tanto, una herramienta de trabajo común, para todos los profesionales, como es esta guía debe recoger, en la medida de lo posible, la diversidad de factores que influyen y, lo que es más importante, la relación entre sí.

Esta guía pretende ser una herramienta sencilla, completa, versátil, capaz de adaptarse a diferentes casuísticas y está basada en la práctica profesional cotidiana de todos los que participan en un Equipo de Coordinación de Base.

La coordinación sociosanitaria, en la intervención de casos, va más allá del intercambio, a veces parcial y poco estructurado, de la información de la que disponemos sobre una persona determinada. Implica investigar y tener una visión más global de la situación, de las necesidades y las potencialidades de los ciudadanos. Significa, además, compartir esta visión en el ámbito de un Equipo de Coordinación de Base, proponer y adoptar conjuntamente medidas de actuación y un procedimiento de seguimiento de las mismas. Todos estos aspectos suponen el significado último de lo que entendemos como abordaje coordinado de los problemas.

Pues bien, esta guía traduce lo anterior en un trabajo sistematizado, que, con las competencias que a cada uno corresponda, ofrece planes de intervención coherentes con las necesidades sociales y sanitarias y con los recursos disponibles.

Esta guía, y el manual que lo acompaña, indican los aspectos más relevantes para el trabajo del Equipo de Coordinación de Base. Incluir más cuestiones iría en detrimento de una mayor operatividad y del equilibrio necesario entre el tiempo disponible y las necesidades del usuario.

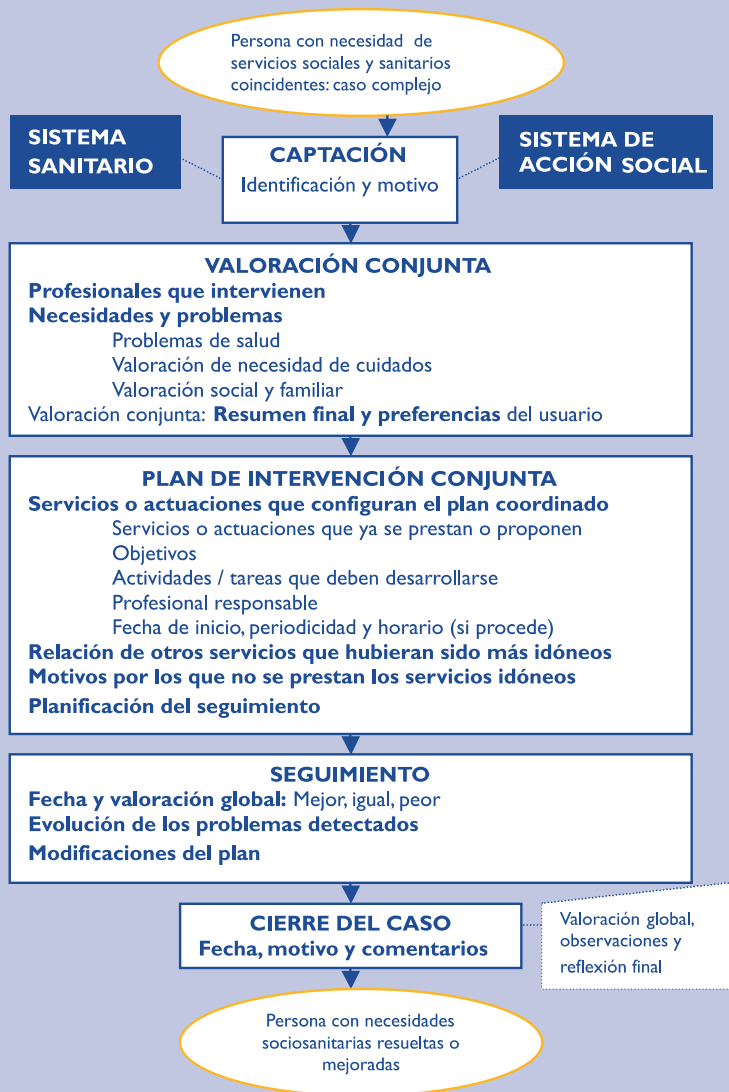
Espero que esta guía sea de utilidad para los profesionales, que aporte un método y haga presentes cuestiones que, de otra manera, quedarían en segundo plano, pero que son aspectos centrales de la intervención y, por último, que contribuya al rigor y continuidad del trabajo coordinado.

César Antón Beltrán

Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León

PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE LA GUÍA

ESQUEMA GENERAL DE USO DE LA GUÍA



ANTES DE CUMPLIMENTAR LA GUÍA

El profesional debe tener en cuenta:

- Que la guía debe recoger **sólo aquella información que deba ser conocida y compartida por todos los miembros del equipo** para que la intervención sea lo más acertada posible. No es un compendio de datos, ni una acumulación mecánica de información: intenta orientar únicamente sobre cuestiones que deber ser conocidas por todos.
- Que, en la elaboración de la guía, deben **participar todos los profesionales de atención directa de ambos Sistemas**, que puedan aportar algo al caso, sean o no miembros natos del Equipo de Coordinación de Base. Es a este último a quien compete la responsabilidad de incorporar a las reuniones del equipo a estos profesionales, cuando el caso así lo requiera.
- Que **esta guía ha de trabajarse en común**. No está diseñada para que cada profesional, por su cuenta y sin conexión entre sí, vaya añadiendo información hasta completar todos los apartados propuestos. La guía se completa con la presencia y participación de todo el ECB o de los profesionales que incorpore.
- Que **el trabajo compartido comienza con la valoración conjunta**, fase crucial en la prestación integrada de servicios, que ha de ser detallada para poder describir los problemas y sus interrelaciones y que permita añadir información que sea relevante, compartida y conocida. Para ello existen algunos apartados, como observaciones u otros datos de interés. Es por ello, también, que no es necesario completar todos los epígrafes, en caso de que alguno de ellos sea un aspecto secundario de la situación.
- Que de los problemas detectados entre todos los profesionales han de derivarse atenciones, servicios y prestaciones que deben plasmarse en el **plan de intervención**. Éste conjuga las aportaciones de ambos Sistemas, los servicios privados e incluso los informales y familiares para solucionar o mejorar los problemas diagnosticados.
- Que también es preciso definir claramente el **seguimiento** con evaluaciones periódicas hasta el cierre del caso.

En definitiva, la guía **sólo debe incluir lo importante, lo que debe ser conocido por todos** y eso obliga a un esfuerzo de síntesis y de análisis por parte de cada profesional de atención directa.

CONTENIDOS PROPIOS DE CADA APARTADO DE LA GUÍA

Página 3



Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social. Garantizar la calidad en la gestión de casos.

FASE 1. CAPTACIÓN CÓDIGO CASO / /

Identificación del usuario:

Fecha de Nacimiento: Varón Mujer Municipio de residencia:

Realiza la captación: Sistema Sanitario Servicios Sociales

Motivo por el que se presenta el caso al ECB (expresar de forma sintética la coincidencia que se da de necesidad de servicios sociales y sanitarios):

FASE 2. VALORACIÓN CONJUNTA Fecha:

2.1. PROFESIONALES QUE INTERVIENEN:

Del Equipo de Coordinación de Base	Otros profesionales que participan
Trabajador social CEAS <input type="checkbox"/>	Médico responsable del enfermo <input type="checkbox"/>
Animador Comunitario CEAS <input type="checkbox"/>	Enfermera responsable del enfermo <input type="checkbox"/>
Médico ECB <input type="checkbox"/>	Profesional de ESM <input type="checkbox"/>
Enfermera ECB <input type="checkbox"/>	Técnico de menores <input type="checkbox"/>
Trabajador Social EAP <input type="checkbox"/>	Otros (especificar) <input type="checkbox"/>
Otros (especificar) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROFESIONAL DE REFERENCIA PARA EL CASO	Forma de localizarlo: <input type="text"/>

2.2. NECESIDADES Y PROBLEMAS

Problemas de salud actuales del usuario incluyendo tratamiento, psicología, periodicidad de consultas, etc.
(El objetivo es conocer la situación clínica que influye en el problema sociosanitario actual)

Alergias: No Sí Especificar

Otros datos de interés (incluir ingresos hospitalarios en el último año):

Fase 1. Captación. - Fase 2. Valoración conjunta. 3

FASE I. CAPTACIÓN

El **código** de la guía está predeterminado por la Comisión de Coordinación Sociosanitaria y consta de las dos primeras letras de la provincia o área sanitaria / dos o tres letras del ECB / un número que se corresponde con el orden cronológico en que se han tratado los casos.

En la **Identificación del usuario**, no se reserva espacio específico para el nombre y apellidos del usuario por motivos de confidencialidad en el procesado de los datos. Si es preciso para el análisis conjunto del caso, que además figure el nombre, podrá anotararlo en la parte de la guía que le resulte más conveniente, a criterio del mismo ECB.

El **motivo** es el resumen de los problemas que se presentan y que inducen al profesional que lo capta, sobre lo imprescindible de la intervención conjunta para dar una respuesta efectiva. Puede añadirse una síntesis de antecedentes para una mejor comprensión de la situación.

FASE 2. VALORACIÓN CONJUNTA

2.1 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN

Los profesionales del **Equipo de Coordinación de Base** son los miembros estables del mismo, designados a tal fin.

En el epígrafe **Otros profesionales que participan** se ha de indicar aquellos que se incorporan a la valoración de cada caso concreto en virtud de su conocimiento de la situación o por tener la responsabilidad de la atención directa al mismo, por ej.: un profesional de un programa de apoyo a familias (PIF), otros trabajadores sociales de CEAS responsables de caso, el medico responsable del enfermo, etc. Todos los profesionales que intervienen, intercambian los datos que poseen sobre la persona de que se trata y sus problemas.

Por motivos de confidencialidad, aunque haya otros **profesionales que participan** como prestadores de algunos de los servicios incluidos en el plan, y por ello puedan aportar información, éstos **no deben incorporarse a la valoración** conjunta. Por ej.: auxiliares de ayuda a domicilio, profesionales de asociaciones de afectados, etc.

Si existe en el ECB un **profesional de referencia** o de contacto para el caso, que, por acuerdo, del ECB coordine la información u otros aspectos, se detallará su nombre y forma de localizarlo.

2.2 NECESIDADES Y PROBLEMAS

En el apartado **Problemas de salud** se deben reseñar, para conocimiento del resto del ECB, los procesos patológicos que están presentes, que influyen en la situación por la que se deriva, y que son el origen del problema sociosanitario. Son problemas activos que determinan una situación clínica que, para ser tratada, precisa de la intervención de varios profesionales para garantizar la aplicación de las medidas terapéuticas que se determinen.

Debe ser descrita en términos claros para todos los intervinientes.

Puede añadirse cualquier **otro dato** que sea sintomático de buena o mala evolución o que deba vigilarse en el plan de intervención. (ej.: excesiva o escasa frecuentación de algunos servicios, como urgencias, etc.)

VALORACIÓN CONJUNTA: Valoración de necesidad de cuidados por patrones funcionales:

Patrón: Percepción-manejo de la salud

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Incluye: Prácticas preventivas, la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud.

Aunque se hace referencia expresa a la medicación, deberá tenerse en cuenta, también, el cumplimiento de otras medidas (dieta, ejercicio, etc.) incluidas en el plan terapéutico. El **incumplimiento del tratamiento** puede evidenciarse por la aparición de complicaciones, exacerbación de los síntomas o no asistencia a las visitas concertadas, lo que deberá anotarse si precisa de intervención.

En **accidentes en el hogar** es conveniente especificar los datos que sean relevantes sobre los riesgos en el domicilio habitual, o bien la frecuencia de las caídas u otros datos que señalen aspectos que precisan atención.

Pueden aparecer **otros problemas**, como por ej.: riesgo de intoxicación, asociado a hábitos tóxicos o a un manejo incorrecto de la medicación.

Patrón: Nutricional metabólico

Se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, las posibilidades de disponibilidad de aquéllos y los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinarán las características de la piel y mucosas, y su estado.

El aspecto funcional de la alimentación se pondera adecuadamente a través del índice de Barthel, que precisa la necesidad de ayuda para comer.

Pueden aparecer **otros problemas**, como deterioro de la dentición, deterioro de la deglución, náuseas u otros, en cuyo caso habrá que anotarlos en su apartado y tenerlos en cuenta si se aprecia por el profesional su influencia en el plan de intervención.

La presencia de algunos problemas, como el riesgo de deterioro de la integridad cutánea, puede estar avalada y/o detectada a través de alguna escala (Norton, etc.), sin que sea necesario aportar estos instrumentos al trabajo conjunto, sino el resultado de la aplicación de la escala, expresado en término sencillos.

La presencia de algunos diagnósticos pueden llevar aparejados otros, por ej.: el deterioro de la integridad cutánea puede conllevar riesgo de infección, que deberá anotarse en el apartado **otras notas u otros problemas**.

Valoración de necesidad de cuidados por patrones funcionales:

Percepción-manejo de la salud.

Responsabilidad con la medicación: Responsable en dosis y horas La toma, si se le prepara No capaz

Prácticas perjudiciales para su salud (tabaco, alcohol, drogas, sedentarismo, otros) y cuantificar si procede:

Ha sufrido accidentes o caídas en el hogar o fuera: No Sí

Especificar:

Es capaz de pedir ayuda ante una urgencia sin apoyo de otra persona No Sí

Otras notas:

PROBLEMAS DETECTADOS
 Incumplimiento de tratamiento Riesgo de traumatismo Mantenimiento inefectivo de la salud

Otros problemas:

Nutricional metabólico

Ingesta adecuada a sus circunstancias: No Sí

Si tiene dieta especial, especificar:

Estado de la boca/dentadura Bueno Regular Malo

Alimentación por sonda No Sí Tipo de sonda:

Ayuda para alimentarse (Barthel) No Sí

Estado de la piel y mucosas (ostomías, cuidado o riesgo de úlceras, etc.): Especificar:

Otras notas:

PROBLEMAS DETECTADOS

Alteración de la nutrición <input type="checkbox"/>	Riesgo de aspiración <input type="checkbox"/>
Por exceso <input type="checkbox"/>	Alteración de la mucosa oral <input type="checkbox"/>
Por defecto <input type="checkbox"/>	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea <input type="checkbox"/>

Otros problemas:

Eliminación (Barthel)

Usa Pañales No Sí

Tiene sonda vesical No Sí

Otras notas:

PROBLEMAS DETECTADOS
 Alteración de la eliminación urinaria Incontinencia urinaria total Incontinencia fecal

Otros problemas:

Eliminación

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

Se obtiene bastante información del índice de Barthel en sus apartados de uso del retrete, deposición y micción.

La incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia, funcional o refleja se anotará en **otros problemas** si presenta alguna cuestión relacionada que deba incluirse en el plan de intervención.

Pueden indicarse **otros problemas** (estreñimiento, retención urinaria, etc.) cuya vigilancia o atención también debieran incluirse en la fase de intervención.

Actividad - ejercicio

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

El índice de Barthel proporciona gran parte de la información relacionada con este patrón, pero hay que especificar las tareas en las que se precisa la ayuda.

Hay **otros problemas** asociados a disfunciones como la intolerancia a la actividad (asociado a fatiga o encamamiento), deterioro en el mantenimiento del hogar, etc., que pueden anotarse, si aparecen, en el apartado “**otros problemas**”.

Patrón cognitivo - perceptual

Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. También se determina la existencia o no de dolor. Se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Los test de detección de deterioro cognitivo u otros, habrán de utilizarse o bien previamente a la valoración conjunta, en cuyo caso servirán para describir un problema existente o bien después, para confirmar una impresión del conjunto de los profesionales que valoran, si así se considera en el ECB.

Deberá señalarse en **otros problemas** la existencia de estados confusionales que se presenten de forma aguda (por alcohol, drogas u otros problemas de salud) o crónica (presencia de deterioro irreversible o de larga duración manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta).

Patrón rol - relaciones

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc., así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Si la persona a quien valoramos **no es cuidador**, hay que especificar los problemas sociales o relacionales detectados (soledad, etc.)

Cuando la persona **a quien valoramos además es cuidador**, se anotarán, además, los problemas asociados a esta actividad.

En este caso debe anotarse en otros datos la **capacidad para cuidar**, que puede ser adecuada, estar en momento de adaptación, o ser inadecuada, traducándose en diagnósticos como por ej.: Desempeño inefectivo del rol cuando el cuidador presenta un afrontamiento inadecuado, impotencia, o inadecuación de las competencias y habilidades para el desempeño del rol.

Actividad - ejercicio (Barthel)
Especificar capacidad para la higiene personal, incluido bañarse, y otros cuidados personales: Peinarse, cortarse las uñas, lavarse el pelo, afeitarse, lavarse los dientes y cuidados específicos de la menstruación.

PROBLEMAS DETECTADOS

Deterioro de la movilidad física <input type="checkbox"/>	Déficit de autocuidado <input type="checkbox"/>
Deterioro de la deambulación <input type="checkbox"/>	Alimentación <input type="checkbox"/>
Especificar si tiene alguna ayuda técnica:	Higiene / Baño <input type="checkbox"/>
	Vestido/accostamiento <input type="checkbox"/>
	Uso orinal / WC <input type="checkbox"/>

Otros problemas:

Sueño y descanso

Problemas para dormir: No Sí

Otras notas:

PROBLEMAS DETECTADOS

Deterioro del patrón del sueño Especificar:

Patrón cognitivo - perceptual

Valorar dificultades para oír, para ver, dolor, problemas de memoria, de comunicación, alteración de la conducta, otros

Observaciones (prótesis, otras correcciones, otros datos)

PROBLEMAS DETECTADOS

Alteración sensorio perceptiva Especificar:

Desorientación temporoespacial <input type="checkbox"/>	Trastorno de los procesos del pensamiento <input type="checkbox"/>
Dolor <input type="checkbox"/>	Deterioro de la memoria <input type="checkbox"/>

Otros problemas:

Patrón rol - relaciones

¿Es cuidador? No Sí

PROBLEMAS DETECTADOS

Cansancio del cuidador <input type="checkbox"/>	Riesgo de cansancio del cuidador <input type="checkbox"/>	Deterioro de la comunicación verbal <input type="checkbox"/>
Riesgo de soledad <input type="checkbox"/>	Aislamiento social <input type="checkbox"/>	

Otras notas o problemas:

Otros datos que pudieran ser interesantes para la intervención: (ej. sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico, sensación de no ser útil, sensación habitual de estrés u otros) **y problemas relacionados.**

Fase 2. Valoración conjunta 5

Página 5

Sueño y descanso

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.


Otros datos que pudieran ser interesantes para la intervención

Este apartado recoge actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal, su identidad y hacia su sentido general de valía, así como el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (que puede ser importante en cuadros, p. ej., de afasia por enfermedad vascular cerebral o daño cerebral).

También el patrón general de adaptación en términos de tolerancia al estrés, capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones (importante en enfermos mentales con mala adaptación a su entorno familiar habitual que mejora en otros contextos) o cualquier **otro dato** que se considere relevante con sus **problemas relacionados**, debe incluirse a juicio del profesional.

VALORACIÓN CONJUNTA: Valoración social y familiar

Este apartado recoge datos objetivos relacionados con **situaciones reconocidas administrativamente**, aspecto que es fundamental, porque condiciona prestaciones de recursos o económicas futuras, e incluso determina actuaciones del plan de intervención posible (por ej: la necesidad de incapacitación, la existencia o no de tutor...)



Valoración social y familiar

Reconocimiento de dependencia No En trámite Si Grado: Nivel:

Está incapacitado legalmente No En trámite Si

Tiene tutor No En trámite Si

Tiene incapacidad laboral reconocida No En trámite Si Total Absoluta Gran Invalidez

Tiene minusvalía reconocida No En trámite Si Grado: A.T.P. (puntuación):

Convivencia

Tiene domicilio estable Si No Especificar:

Indicar con quién vive

Tiene cuidador: Si No Especificar:

El cuidador: Tiene conocimientos para el cuidado Si No

Dispone de tiempo Si No

Se siente apoyado Si No

Otros apoyos familiares y/o informales. Especificar:

¿Dispone de apoyos formales y/o recursos de servicios sociales? Si No


Especificar tipo de apoyo e intensidad:

¿Es capaz de usar el teléfono? Si No

Existencia de otras personas convivientes con necesidad de apoyos o cuidados. Especificar:

Dinámica del núcleo de convivencia:

Buena Conflictiva Entraña riesgos Especificar:

Fase 2. Valoración conjunta 

Convivencia

Respecto al **domicilio estable** es importante reseñar situaciones especiales: Es una persona “sin techo”, domicilio ocasional, rota con los hijos, etc.

Sobre el **Cuidador** es necesario conocer las posibilidades objetivas que tiene para el cuidado. Muchas veces el cuidador es una persona mayor, o con alguna discapacidad. Es importante **especificar** estos datos así como si existe riesgo de claudicación o acepta ayuda externa.

También es relevante conocer lo que puede hacer y lo que sabe hacer. Con ello, los profesionales intervinientes podrán valorar las necesidades que tiene para el desempeño de su papel y prestarle ayuda.

Hay que explicar los **apoyos de familiares no convivientes o informales, e incluso los formales**, que ya se están recibiendo. Con ello podremos valorar la posibilidad de introducir modificaciones o mejoras en la situación de cuidados (formación, apoyo, acuerdo entre cuidadores...).

Por último, conocer la **capacidad de utilizar el teléfono** es importante para las personas que viven solas dada la posibilidad de obtener servicios por este medio.

Dinámica del núcleo de convivencia

En este apartado se pide una descripción de las relaciones entre los convivientes y un juicio profesional del trabajador social, que defina un diagnóstico global de la situación, sobre la suficiencia o insuficiencia de la organización familiar para resolver o minorar el problema.

Se trata de recoger las situaciones familiares, de carácter muy diverso, que afectan a la atención de la persona a quien se valora, teniendo en cuenta criterios como la organización familiar existente para la atención a sus miembros, la distribución de tareas y el apoyo entre ellos, la existencia de algún miembro más vulnerable, etc.

Las categorías que aparecen para describir la dinámica del núcleo de convivencia, no son excluyentes.

Ocupación y situación económica

Se pide expresamente la cuantía de la **pensión, salario, IMI**, etc., que recibe la persona a la que se valora. Es relevante conocer la **situación económica global**. Se trata de definir bien la suficiencia o insuficiencia económica, teniendo en cuenta el balance de gastos e ingresos que tiene.

Se incluye la **renta per cápita familiar** por la importancia de este dato para la obtención de algunos recursos sociales.

Otro aspecto importante es conocer la **capacidad de administrar / organizar** la economía doméstica que presenta la persona a la que se está valorando.

Sobre la **ocupación**, interesa conocer si la persona se mantiene ocupada aunque sea con trabajo no remunerado, o en el caso de los menores, saber si están escolarizados y las dificultades, o no, que ello comporta. Con este fin la guía habilita un espacio abierto para poder expresar los datos que se considere oportunos. En ambos casos el concepto “ocupación” se plantea más como una forma de inserción que de conseguir medios económicos inmediatamente.

Vivienda

Debe valorarse si la vivienda reúne las **condiciones adecuadas** para residir en ella, o si puede reunir las con pequeñas mejoras, lo que puede especificarse en **otros datos de interés**.

También, es importante conocer las posibilidades respecto del entorno y la ubicación de la vivienda, que puedan condicionar los servicios a prestar (accesibilidad, cercanía/lejanía, proximidad de transporte...)

El régimen de tenencia de la vivienda no es relevante salvo que se decida no seguir atendiendo a la persona en el domicilio habitual. Sin embargo, los costes de alquiler o de hipoteca, u otros datos, pueden ser importantes desde el punto de vista económico, y se tendrán en cuenta en el apartado de situación económica.

Necesidades de intervención social

Este apartado se complementa con las necesidades de cuidados detectados en la valoración de enfermería.

En este sentido, tiene especial relevancia las actividades de **supervisión y adiestramiento**, a familiares o cuidadores informales e incluso, a otros profesionales que intervengan en la atención directa pero que no participan en la valoración conjunta (por ej: auxiliares del SAD, personal de catering...)

G Guía

Ocupación y situación económica
 Cantidad de ingresos propios (pensión, salario, etc.) Renta per cápita familiar
 Valoración económica global (rentas, gastos o tener en cuenta, etc.)

Capacidad para utilizar dinero:
 Maneja sus asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos Sí No
 Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc. Sí No
 Incapaz de manejar dinero Sí No
 Trabaja Sí No ¿Puede trabajar? Sí No
 Especificar:
 Si es menor: ¿Cursa estudios? Sí No
 Otros datos de interés:

Vivienda:
 Adecuada a sus necesidades
 Adecuada pero necesita mejoras (accesibilidad, adaptabilidad o seguridad, otras)
 No adecuada a sus necesidades
 Otros datos de interés (indicar las condiciones del entorno que puedan influir en la intervención socio-sanitaria: transporte, aislamiento...):

Necesidades de intervención social: Cuidados domésticos: Limpieza del hogar: <input type="checkbox"/> Comprar: <input type="checkbox"/> Preparar la comida: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Participación / Integración social: Acompañamiento: <input type="checkbox"/> Asistencia a actividades: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>	Cuidados personales: Aseo: <input type="checkbox"/> Ayuda para comer: <input type="checkbox"/> Ayuda para moverse en casa: <input type="checkbox"/> Ayuda para acudir a consultas, banco, etc.: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Cuidados de supervisión o adiestramiento en hábitos y organización doméstica: Especificar: <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VALORACIÓN CONJUNTA: RESUMEN FINAL (opciones no excluyentes)
 Plan para la permanencia en el domicilio
 Alojamiento alternativo:
 Urgente A medio plazo Temporal Definitivo

GUÍA PARA LA GESTIÓN COMPARTIDA DE CASOS DE COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA. Equipo de Coordinación de Base.

Página 8

VALORACIÓN CONJUNTA: RESUMEN FINAL

Se trata del diagnóstico del ECB en conjunto, que no se expresa en una nueva descripción de problemas ya relacionados, sino que trata de equilibrar las necesidades y demandas, con las posibilidades y capacidades que aporta la coordinación entre profesionales. La decisión debe concretarse en opciones:

- Trabajar en el domicilio, estableciendo como meta de su intervención la mejora o resolución de los problemas.
- Buscar un alojamiento alternativo al domicilio donde puedan prestarse las atenciones necesarias con la frecuencia e intensidad que requieran.
- Ambas, estableciendo una secuencia de actuaciones que comiencen por la atención en el domicilio y prevean otro alojamiento a medio o largo plazo.

Preferencias del usuario (permanecer en el domicilio, recibir ayudas profesionales, valores, creencias, etc.)

Señalar si existen discrepancias del usuario y de la familia con los profesionales

Señalar si no se acepta ninguna intervención

Preferencias del usuario

Habitualmente, cuando se hace el diagnóstico global, algunos profesionales ya conocen las preferencias del usuario e intentan integrarlas al establecer el plan de intervención. Esta cuestión debe ser explícita y conocida por todo el ECB con el fin de plantear actuaciones viables, aunque a veces puedan no coincidir completamente con el juicio profesional sobre la mejor opción de tratamiento.

Sin embargo, en ocasiones, la discrepancia entre el usuario y su familia y los profesionales es tal, que el primer trabajo del ECB será la explicación y negociación, para la mejor comprensión por el demandante y su familia, de las medidas que se proponen.

FASE 3. PLAN DE INTERVENCIÓN CONJUNTA

Servicios que configuran el plan de intervención coordinado

La tabla **“Relación de algunos servicios sociales y sanitarios que pueden configurar el plan de intervención”** pretende servir de ayuda para expresar de forma homogénea los servicios, recursos o actividades que se van a prestar, para una mejor comunicación y entendimiento entre las estructuras de coordinación sociosanitaria.

Algunos de los servicios sanitarios que se relacionan engloban a otros, por ejemplo los servicios de atención a crónicos, en los que deberá especificarse el servicio concreto que se presta. Ocurre igual con los cuidados de enfermería en consulta y domicilio y otros.

En **Actividades / Tareas que deben desarrollarse** debe anotarse exactamente las que se van a realizar, de entre la variedad de tareas e intervenciones posibles en cada Servicio, y esto es importante porque esas actuaciones concretas son las que hay que complementar y coordinar con otras.

El plan en su conjunto tiene que concretar la actuación de todos los profesionales, de forma que se describa claramente la participación de cada uno de ellos y la colaboración que se precisa. Se trata de que cada uno de los que intervienen conozca el total de acciones que se ponen en marcha y la contribución de éstas a la mejora global, favoreciendo que cualquiera de sus miembros pueda detectar desviaciones de lo previsto.

Motivos por los que no se prestan los servicios idóneos

- No existe el recurso en Castilla y León.
- No existe el recurso en la comarca o provincia.
- Cerrado el plazo de solicitud del recurso
- Hay lista de espera.
- Existe el recurso o servicio pero es necesaria una intervención compleja previa, relacionada con la tramitación del mismo (Ej: incapacitación judicial).
- Es necesario prolongar la intervención con el usuario y/o la familia para lograr un acuerdo sobre el recurso a utilizar.
- Existe el recurso pero no se adapta a las necesidades / posibilidades del usuario:
 - Por el horario
 - Por proximidad
 - Por incapacidad económica
- El usuario pertenece a un colectivo para el que no existe el recurso que se considera idóneo.
Especificar:

- Problemas de accesibilidad a la atención sanitaria especializada.
Especificar:

- Otros. Especificar:

Motivos por los que no se prestan los servicios idóneos

Cuando hay varios recursos o servicios propuestos, que hubieran sido más idóneos para atender el caso (señalados en el apartado anterior), es necesario vincular cada uno de ellos con el motivo por el que no se prestan estos recursos. Ésto puede indicarse en el apartado **Otros. Especificar**, relacionando el servicio o recurso que no se puede prestar, con su motivo.

Para conseguir una mayor claridad visual, en los motivos en los que hay suficiente espacio en la parte derecha, podrá anotarse el servicio que no se presta, a continuación.

En el caso de que se marque **no existe el recurso en Castilla y León**, pero se conozca su existencia en otras CCAA, deberá anotarse el lugar donde lo hay, en **Otros. Especificar**, así como las gestiones que se hayan realizado para su consecución y el estado en que se encuentran.

En ocasiones los servicios, aún estando disponibles, **no se adaptan a las necesidades / posibilidades del usuario** y por lo tanto no resuelven los problemas porque su planteamiento actual solo permite que se presten de una determinada manera. La razón por la que no sirve habrá de especificarse, para conseguir mejorar la adaptación de los servicios a las necesidades reales de las personas (por ejemplo: el horario, el transporte, tipo de prestación, etc.). Se plantean cuestiones de horario, proximidad e incapacidad económica, pero podrán añadirse otras.

FASE 3. PLAN DE INTERVENCIÓN CONJUNTA

Fecha: _____

Servicios que configuran el plan de intervención coordinado:

(Deberá especificarse la adaptación de estos servicios a las peculiaridades de cada situación).

Servicios o Actuaciones que ya se prestan o que se proponen:	Actividades/Tareas que deben desarrollarse:
Objetivos:	Profesional responsable: Fecha de inicio: Horario (si procede):
	Periodicidad:

FASE 4. SEGUIMIENTO

La fase de seguimiento se sustenta en una revaloración de la situación en aquellas áreas o aspectos problemáticos objeto de la intervención, anotando aquellos en los que se produzcan cambios para facilitar su evaluación. Debe ser limitada en el tiempo, por cuanto un objetivo fundamental de la coordinación sociosanitaria es incluir en procesos normalizados de ambos sistemas de atención el seguimiento de los mismos.

Interesa la **Valoración Global** con la escala de mejor-igual-peor como reflejo del consenso de todos los profesionales que intervienen, teniendo en cuenta, que una evolución no favorable no indica mala práctica profesional, ya que lo que se está valorando es el resultado de la intervención sobre el sujeto.

En **cambios y evolución de los problemas detectados** hay que anotar las cuestiones relevantes que modifiquen la valoración inicial, las cuales deberán seguirse de **modificaciones del plan inicial**.

En cada sesión de seguimiento, sería conveniente señalar la fecha de la próxima reunión de revisión del caso.

FASE 4. SEGUIMIENTO	
Fecha:	Valoración Global: Mejor <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Peor <input type="checkbox"/>
Cambios y evolución de los problemas detectados: de salud y sociofamiliares	
Modificaciones del plan inicial	

Página 13

FASE 5. CIERRE DEL CASO

Se recoge la situación de que no pueda intervenir por negativa del usuario o falta de capacidad del ECB, lo que puede darse en casos en los que no produce mejora ninguna de las actuaciones posibles en el entorno domiciliario habitual.

FASE 5. CIERRE DEL CASO	
Fecha: _____	
MOTIVO	COMENTARIOS
Objetivos previstos alcanzados: <input type="checkbox"/> Mantenimiento en domicilio <input type="checkbox"/> Ingreso en Centro <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Falta de capacidad del ECB para mejorar la situación <input type="checkbox"/> No permitir la intervención <input type="checkbox"/> Otros. Especificar:	

Página 14

UNA VEZ FINALIZADO EL PLAN DE INTERVENCIÓN O CERRADO EL CASO

Cuando el Equipo de Coordinación de Base decide dar por terminado el seguimiento conjunto del plan de intervención instaurado, se produce el cierre de caso. Ello quiere decir, que una vez realizadas las tareas de acoplamiento de las prestaciones sociales y sanitarias, su seguimiento debe establecerse desde cada sistema, sin que ello sea óbice para replantearse situaciones nuevas si surgieran.

Es importante que siempre se cumplimente **el apartado de cierre de caso**, pues todos los casos sociosanitarios, por su propia definición tienen un final, que indica el término del trabajo conjunto, en el caso concreto y para el problema por el que se captó.

¿Cuándo se cierra un caso?

Cuando se ha cumplido el objetivo previsto por el ECB, expresado en la valoración conjunta, resumen final, o por otros motivos de los reseñados en la guía, como puede ser un traslado a otro domicilio.

Cuando el cierre de caso es porque se ha cumplido el objetivo de mantener a la persona en su domicilio, se produce una situación en la que se ha conseguido una prestación de servicios normalizada, aunque tengan que seguirse prestando servicios sanitarios y sociales. Significa que no se requiere una coordinación especial para hacer llegar los servicios a la persona, en las condiciones en que los necesita.

¿Se puede reabrir un caso?

Si, cuando la situación valorada conjuntamente no ha variado sustancialmente, como por ejemplo ocurre, con bastante frecuencia en las personas que rotan por los domicilios de sus hijos, o incluso cuando se ha producido un cambio de domicilio con intención de ser definitivo, y luego la persona vuelve a residir en su domicilio, manteniéndose sin cambios su situación clínica.

No, cuando el ECB considere cerrado un caso y pasado un tiempo se produzca una nueva situación de necesidad de coordinación de servicios por otros motivos.

MIENTRAS SE RELLENA LA GUÍA

¿Hay que utilizar la guía en todos los casos que se llevan al ECB?

Siempre en aquellos casos en los que haya que coordinar las intervenciones de los profesionales que participan. No será necesario cuando el caso se resuelve con la mejora que supone la comunicación directa entre los profesionales presentes.

¿Qué se hace con la guía?

- Se utiliza, cumplimentándola para conocer conjuntamente la situación, hacer un diagnóstico y establecer un plan de intervención, dando continuidad a la atención.
- Una vez establecido el plan, se envía una copia a la Comisión de Coordinación Sociosanitaria.
- Se mantiene en uso, efectuando el seguimiento hasta el cierre de caso.
- Cerrado el caso, se envía una copia completa o la parte de la guía que no fue remitida con anterioridad (seguimiento), a la Comisión de Coordinación Sociosanitaria.

¿Dónde se archiva?

En el lugar que determine el ECB, mientras se esté utilizando. Puede ser el CEAS o el Centro de Salud. Puede ser archivada en papel o en formato electrónico a criterio del propio ECB.

¿Qué se hace si uno de los profesionales detecta cambios importantes en la situación de la persona?

Ponerlo en conocimiento del ECB para modificar la valoración inicial, haciéndolo constar en el apartado de seguimiento.

¿Se pueden adjuntar informes a la guía?

No. Los informes pertenecerán a la H^a clínica o social, o al expediente de solicitud de algún recurso. En la guía debe constar el resumen de datos o problemas relevantes.

¿Se conserva la guía cuando se cierra definitivamente un caso?

Cada profesional podrá archivar en su propia documentación una copia de la guía. Siempre que se pueda, estará incluida en los sistemas informáticos de Atención Primaria y CEAS.

VALORACIÓN GLOBAL Y OBSERVACIONES

Aunque este apartado no forma parte de la guía como tal, se incluye para ayudar al ECB en el análisis metodológico del trabajo conjunto, a través de la cumplimentación de la guía.

Una correcta cumplimentación de todas las fases de la guía indica un alto grado de calidad en un proceso secuenciado en el que cada fase necesita de la que le precede y a su vez determina la siguiente, y que además tiene que contar con la presencia de unos profesionales concretos.

Revisar bien cada fase, puede ayudar al ECB a detectar errores por ejemplo en procedimientos de convocatoria de los miembros del ECB, en los criterios de inclusión como caso sociosanitario, e identificar desconocimiento o lagunas en el proceso ayudará sin duda a mejorar éste.

Esta es la utilidad y este es el objetivo: servir al ECB para analizar su trabajo y ayudar a mejorarlo.



Página 15

VALORACIÓN GLOBAL Y OBSERVACIONES

Esta fase no forma parte de la Guía propiamente dicha. Puede rellenarse cuando se haya cerrado el caso. Es una forma de autoevaluar: el trabajo hecho y así aprender para el futuro.

Código de la Guía / / Fecha de la evaluación

1. ¿Han participado en la valoración conjunta todos los componentes del ECB y profesionales responsables?

Si No ¿Por qué?

2. ¿Se han cumplimentado todas las fases del proceso?

Captación Si No Valoración Si No

Plan de intervención Si No Seguimiento Si No

Si ha contestado "No" en alguna fase del proceso, indicar causas:

3. ¿Se ha remitido copia de la Guía una vez elaborado el plan de intervención a la Comisión de Coordinación Sociosanitaria?

Si No

En caso negativo, indicar las causas

4. ¿Se ha notificado el cierre de caso a la Comisión de Coordinación Sociosanitaria?

Si No ¿Por qué?

REFLEXIÓN FINAL

SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN CONJUNTA

SOBRE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS QUE SIRVAN PARA OTROS CASOS

SOBRE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS QUE PUEDAN MEJORAR PROCESOS O RECURSOS

Fase 5. Cierre del caso

REFLEXIÓN FINAL

Este apartado es fundamental para extraer conclusiones que puedan aplicarse de forma general, a otros casos o situaciones.

Debe ser la base de las Propuestas de Mejora que el ECB envíe a la CCSS.

Especial importancia adquiere todo lo relativo a la modificación de procedimientos y funcionamiento de los servicios y recursos.

Edita: Junta de Castilla y León

© Consejería de Sanidad
Dirección General de Planificación y Ordenación

Imprime: Gráficas Germinal, Sdad. Coop. Ltda.

Depósito Legal: VA-458/2007

SERIE **G** Guías

MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE LA GUÍA
PARA LA GESTIÓN COMPARTIDA DE CASOS
DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA