

# Manual de Funcionamiento de los Equipos de Coordinación de Base

Coordinación  
Sociosanitaria



**Junta de  
Castilla y León**

**Manual de Funcionamiento  
de los Equipos  
de Coordinación de Base  
Coordinación Sociosanitaria**

Edita:

**Junta de Castilla y León**

© Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación y Ordenación

Imprime:

Gráficas Germinal, Sdad. Coop. Ltda.

Depósito Legal: VA-282/04

## Índice

<b>0.-</b>	<b>Introducción</b> .....	7
<b>I.-</b>	<b>Marco General:</b> Los ECB forman parte de las Estructuras de Coordinación sociosanitaria.....	11
<b>II.-</b>	<b>La Misión y las Tareas de los ECB</b> .....	15
<b>III.-</b>	<b>La Organización del Equipo:</b> Las reuniones del ECB.....	21
<b>IV.-</b>	<b>La Metodología compartida y sus aplicaciones</b> .....	27
<b>V.-</b>	<b>Gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria:</b> El proceso de Coordinación Sociosanitaria. Descripción de fases del Proceso de Coordinación en la Gestión Compartida.....	31
<b>VI.-</b>	<b>Propuestas de mejora</b> .....	43
<b>Anexos.-</b>	<b>Referencias normativas</b> .....	49
	<b>Modelo de Acta-resumen de reuniones</b> .....	50
	<b>Modelo de Informe sobre Oportunidad de mejora</b> .....	52
	<b>Modelo de recogida de información sobre la gestión compartida de casos</b> .....	54



## 0.- Introducción

El Manual se concibe como una **herramienta de apoyo** para facilitar el trabajo de coordinación sociosanitaria a los profesionales implicados en los Equipos de Coordinación de Base (ECB).

**Un ECB es un pequeño grupo de profesionales de intervención directa**, que trabajan en Equipos de Atención Primaria (EAP), Centros de Acción Social (CEAS) y, en su caso, equipos de distrito (Salud Mental, Protección a la Infancia), y que tienen un ámbito geográfico común definido a partir de las zonas básicas de salud y de las zonas básicas de acción social.

**La tarea esencial de un ECB es la gestión compartida de casos** de personas y familias que necesitan la prestación simultánea o sucesiva de servicios sociales y sanitarios, es decir que el ECB trabaja para resolver problemas complejos en los que confluyen, en la misma persona o familia, la enfermedad y la dependencia junto a dificultades para la convivencia y la integración social.

**Los ECB se constituyen porque responden a una necesidad:** La de las personas que precisan apoyos sanitarios y sociales para vivir con dignidad. **Y se constituyen por mandato legal**, formando parte de las Estructuras de Coordinación Sociosanitaria. En el primer capítulo de este Manual se sintetizan la organización y la normativa en la que se sitúan los ECB.

El capítulo segundo dedica a **profundizar en la misión y a concretar sus implicaciones**, es decir a sintetizar las tareas y a orientar la actividad del ECB.

Introducimos en el tercer capítulo un esquema del ciclo de trabajo en equipo, adaptado a los contenidos y peculiaridades de los ECB, que se complementa con **indicaciones para la organización y la eficacia** de las reuniones de trabajo.

**La mayor parte del Manual está dedicada a la metodología:** Partiendo de referencias a calidad y gestión por procesos, que configuran la metodología básica para todas las estructuras de coordinación sociosanitaria, se **concreta el proceso específico de gestión de casos de coordinación sociosanitaria**. Para ello se revisa la Guía para la gestión compartida de casos, expresando el objetivo de cada fase y las cuestiones que ayudarán al ECB a identificar acciones para mejorar la organización de su trabajo y para mejorar los cuidados que se prestan.

Por último, se incluyen en forma de anexos **soportes documentales**, cuya utilidad está directamente relacionada con la organización de la información y con la posibilidad –y la nece-

sidad— de poder compartirla con otros ECB y con otras estructuras de coordinación socio-sanitaria.

El Manual se ha nutrido de las aportaciones de profesionales de la Salud y de los SS. Sociales que desde hace años realizan esfuerzos para coordinar sus intervenciones, a pesar de las dificultades inherentes a proceder de sistemas distintos, a pesar de estar en organizaciones y culturas técnicas diferentes, a pesar de la escasez de recursos y de los conflictos competenciales y a pesar de experiencias e intentos de coordinación que no tuvieron resultados positivos.

A ellos se han incorporado, en el último año, ECB que han iniciado su funcionamiento con carácter piloto. De ellos y de su forma de afrontar las dificultades hemos aprendido.

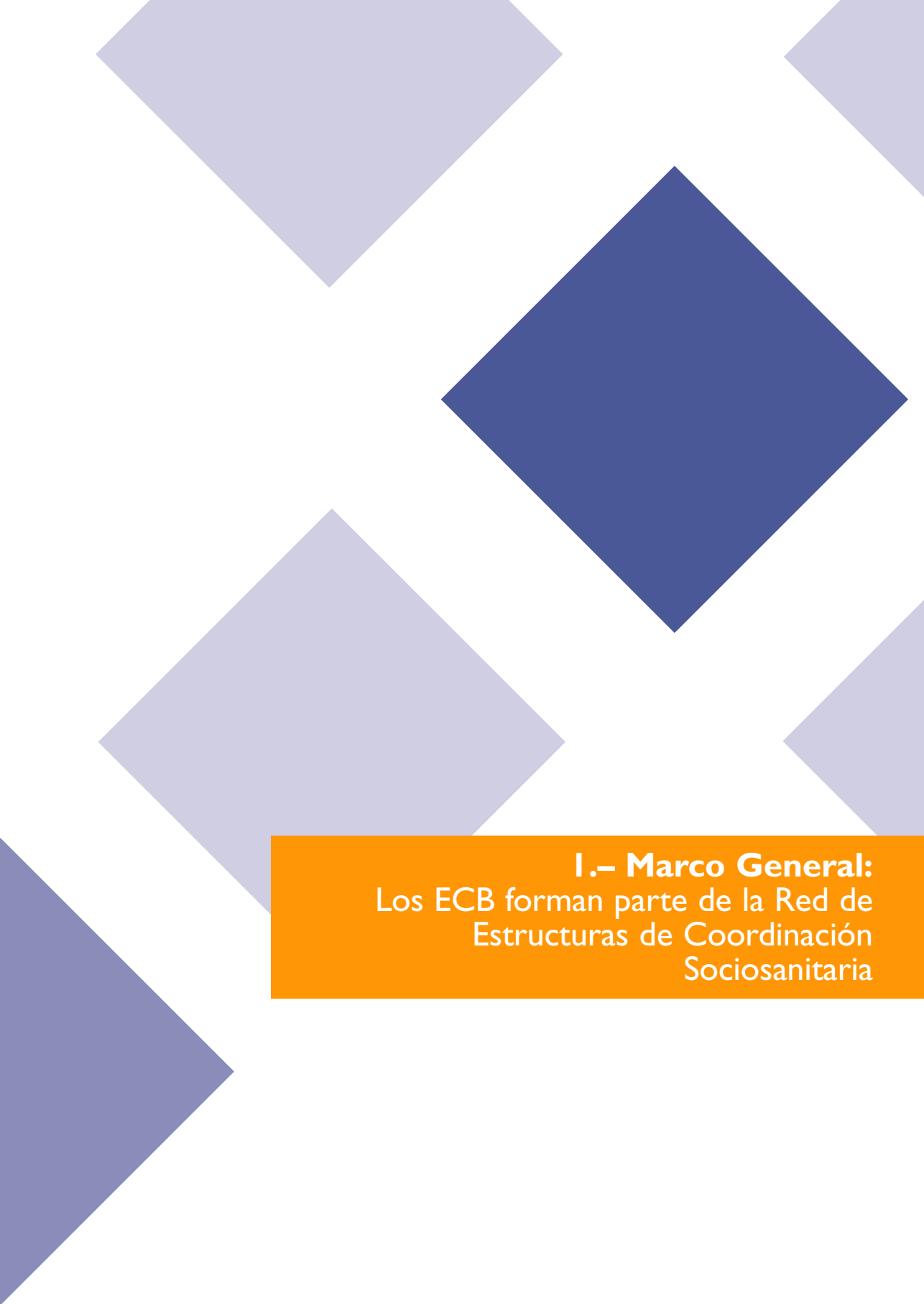
**En un futuro próximo, cada una de las zonas que forman el territorio de Castilla y León tendrá un ECB que asumirá la responsabilidad de que los ciudadanos que necesiten prestaciones sanitarias y sociales tengan un plan de cuidados integral y coordinado: el plan de cuidados que resuelva realmente sus problemas, o el plan de cuidados que mejore su situación en tanto no existan los recursos idóneos.**

**Todos sabemos de las carencias de recursos, de la misma forma que todos sabemos que es posible mejorar la calidad de vida de personas concretas, si los servicios sociales refuerzan las intervenciones sanitarias y los servicios sanitarios refuerzan las intervenciones sociales.**

**De eso se trata: de coordinación para prestar servicios que resuelvan necesidades concretas y de coordinación para avanzar en la ampliación y la reorientación de recursos sociales y sanitarios.**

**En esta tarea están trabajando las Estructuras de Coordinación Sociosanitaria, especialmente las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria y los Grupos de Trabajo Inter-Consejerías, y a ésta tarea se suman los Equipos de Coordinación de Base, punto crucial para la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios en y con la comunidad.**

**Buscamos un funcionamiento de los ECB homogéneo**, en cuanto que todos los ciudadanos que necesiten la prestación integrada de servicios sanitarios y sociales la reciban, independientemente de su lugar de residencia. **Y buscamos un funcionamiento heterogéneo**, en cuanto que cada ECB organice su trabajo en función de las necesidades y oportunidades de la comunidad en la que trabaja y con la que trabaja.



**I.- Marco General:**  
Los ECB forman parte de la Red de  
Estructuras de Coordinación  
Sociosanitaria



Las estructuras de coordinación sociosanitaria se crearon mediante un Decreto en el año 2000. Se definieron estructuras técnicas y directivas de ámbito provincial y regional, que analizaron necesidades y recursos y elaboraron algunas propuestas.

La participación de técnicos y gestores de Salud y de SS.Sociales, que orientó una parte importante de las estrategias del IIº Plan Sociosanitario, hizo también patente la necesidad de coordinación en la base. Así se materializó a través de un Decreto que modifica al anterior, creando los ECB.

**Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios a las personas, familias y colectivos que necesitan prestaciones de ambos sistemas es la razón de ser de todas las estructuras de coordinación sociosanitaria, con diferentes niveles de responsabilidad.**

## ESTRUCTURAS DE RESPONSABILIDAD DIRECTIVA

**El Consejo de Dirección del Plan Sociosanitario**, de ámbito autonómico, cuya responsabilidad es el impulso, seguimiento y evaluación del Plan Sociosanitario, la adaptación de los Sistemas de Acción Social y de Salud a los nuevos requerimientos, la priorización de actuaciones y la ordenación y coordinación de recursos sanitarios y sociales.

El Consejo de Dirección asume igualmente la coordinación de las propuestas y acciones de las Comisiones de Dirección de las Áreas de Salud y es el órgano que crea los Grupos de Trabajo Técnico inter-consejerías.

**La Comisión de Dirección del Plan Sociosanitario del Área de Salud**, de ámbito provincial, cuya responsabilidad es coordinar las actuaciones de las organizaciones Sanitarias y Sociales, vinculadas a los objetivos de la planificación sociosanitaria en su provincia.

Tiene capacidad de decisión sobre cuestiones relacionadas con la mejora en la prestación de servicios y con el incremento o adaptación de los recursos en su ámbito.

La comunicación con las estructuras técnicas se realiza a través del Coordinador de la Comisión Sociosanitaria y de su Secretario, que lo es también de la Comisión de Dirección.

## ESTRUCTURAS DE RESPONSABILIDAD TÉCNICA

**La Comisión de Coordinación Sociosanitaria**, de ámbito provincial o de Área de Salud, se configura como un grupo de expertos con experiencia y conocimiento en su ámbito de procedencia (A. Primaria y Especializada, Servicios Sociales, Salud Mental y Drogodependencias).

Son responsabilidades de la Comisión de Coordinación:

- a) **Analizar los procesos** de prestación coordinada de servicios que presentan dificultades.
- b) Recoger necesidad de **adaptación o creación de nuevos recursos**.
- c) Hacer **propuestas de mejora** a la Comisión de Dirección.
- d) Colaborar en la **resolución de casos complejos**.

**El equipo de Coordinación de Base**, su ámbito es una zona común y está formado básicamente por profesionales de EAP y CEAS (sanitarios y trabajadores sociales), previendo la participación de profesionales de salud mental, menores, u otros servicios según el caso de que se trate.

Responsabilidad del ECB es hacer operativa la coordinación sociosanitaria en:

- a) La **gestión de los casos que requieren de la prestación de servicios** sociales y sanitarios, y de su **coordinación**, para continuar su vida en la comunidad o para dejar de vivir en su entorno, provisional o permanentemente, viendo facilitado el acceso a recursos especializados o específicos.
- b) La elaboración de **propuestas para el ajuste de los recursos a las necesidades** contrastadas mediante la gestión de casos.

En síntesis, los ECB se integran en las estructuras de coordinación sociosanitaria, contando con:

### **Una referencia técnica: La Comisión de Coordinación, cuya relación con cada ECB se centra en:**

- Abordar los casos complejos que no puedan resolverse en el nivel del ECB.
- Gestionar las propuestas del ECB sobre mejora de procesos de atención y coordinación.
- Asesorar y gestionar las propuestas de ampliación de recursos elaboradas por el ECB.
- Garantizar la comunicación y la conexión de iniciativas de los ECB, procurando la generalización de las mejores prácticas.

### **Una referencia directiva: La Comisión de Dirección, cuya relación con los ECB se concreta en:**

- Aprobar la zonificación inicial de ECB, y las modificaciones que sean necesarias, a propuesta de la Comisión de Coordinación
- Seguir el funcionamiento de los ECB y responder a las propuestas de mejora, estableciendo las directrices y normas que sean necesarias para su implantación y consolidación.



## **II.- La Misión y las tareas de los Equipos de Coordinación de Base**

Garantizar la calidad en la resolución de problemas de personas concretas, que requieren la prestación integrada de servicios sanitarios y sociales, constituye la misión crucial de los ECB. El Decreto 49/2003 formula esta misión en los siguientes términos:

**"Detectar los casos que precisen de una respuesta conjunta, simultánea o sucesiva, por parte de los servicios sanitarios y sociales, analizarlos en común y adoptar soluciones coordinadas en su ámbito de actuación profesional, con una metodología de trabajo compartida".**

La adopción de soluciones coordinadas en el ámbito de actuación del ECB, y el enfoque hacia la resolución de problemas, exigirá la búsqueda de mejoras en el proceso de prestación de servicios y también, con cierta frecuencia, la movilización de servicios y recursos ajenos al ámbito específico del ECB. Ésta es la base para que la gestión compartida de casos conduzca a la elaboración de propuestas de mejora, formulada en el Decreto 49/2003 como:

**"Elevar a los superiores inmediatos de sus miembros propuestas para la adopción de soluciones, o bien plantearlas a otros órganos distintos a través de la correspondiente Comisión de Coordinación".**

Asumir la misión implica trabajar centrados en la persona y sus necesidades de apoyo social y sanitario, hasta que tales necesidades se hayan cubierto.

La repercusión en la conducta de los profesionales es clara: se abandona la posición de "eso no corresponde a mi servicio" para adoptar la de "me pondré en contacto con el profesional / el servicio al que le corresponde". Se piensa en términos de "¿qué puedo y puede mi servicio aportar para cubrir la necesidad? y ¿con quién tengo que ponerme de acuerdo para resolver el problema?".

**La primera tarea del ECB es precisamente el análisis detenido de su misión hasta tener claras sus implicaciones prácticas. Desglosar detenidamente la misión, el mandato formulado, orienta claramente la conducta de cada uno de los profesionales que integran el ECB.**

Por ejemplo:

	TAREA	CONDUCTA
<b>GESTIÓN DE CASOS</b>	<b>DETECTAR LOS CASOS:</b> Saber si la persona necesita apoyos del otro sistema.	Preguntar por las repercusiones personales, familiares, sociales y cómo las afronta la persona.
	<b>ANALIZARLOS EN COMUN</b>	Ponerse en contacto con el profesional del otro sistema; acordar reunión y llevar la información; hablar de la situación y de los futuros posibles.
	<b>ADOPTAR SOLUCIONES COORDINADAS</b>	Aportar información, escuchar otras informaciones, ver todas las posibilidades, enfatizar lo común, comprometerse en contribuir a la solución adoptada.
	<b>CON METODOLOGÍA COMPARTIDA</b>	Utilizar la metodología adoptada para todas las estructuras de coordinación sociosanitaria. Ensayar las herramientas, hasta adquirir habilidad, y proponer mejoras.
<b>PROPUESTAS DE MEJORA DE PROCESOS</b>	<b>DETECTAR ERRORES</b>	Preguntarse: el proceso de prestación integrada de servicios ¿Tiene fallos? ¿Por qué?;Se puede mejorar algún aspecto, actividad, procedimiento?
	<b>ANALIZAR ALTERNATIVAS</b>	Dialogar sobre posibles cambios: a quién afectarían positiva o negativamente, repercusiones en otras fases y actividades, a quién corresponde la decisión.....
	<b>SELECCIONAR ALTERNATIVA</b>	Reflexionar: buscar activamente el consenso, aplicar herramientas (ponderar impacto, factibilidad, tiempo...)
	<b>ELABORAR PROPUESTA E IMPLEMENTAR</b>	Organizar: estructurar la información y la propuesta e indicar el itinerario para su puesta en práctica. Verificar.
<b>PROPUESTAS DE MEJORA DE RECURSOS</b>	<b>DETECTAR DEFICITS DE COBERTURA</b>	Aportar información detallada: casos en los que no ha sido posible aplicar el "recurso idóneo". Preguntarse: ¿la información disponible es suficiente? Completar.
	<b>IDENTIFICAR RECURSOS RELACIONADOS</b>	Preguntarse: alguno de los recursos existentes ¿podría ser aplicable? ¿qué cambios habría que realizar? ¿hay recursos infrautilizados? ¿podrían rentabilizarse?
	<b>SELECCIONAR ALTERNATIVA</b>	Reflexionar y decidir: objetivar y buscar activamente el consenso. Utilizar herramientas: ponderar impacto, coste, tiempo, repercusiones, complejidad...
	<b>ELABORAR PROPUESTA</b>	Organizar: estructurar y sintetizar la información. Identificar acciones a desarrollar y responsables.

Tres **actitudes, que nacen de valores esenciales** para la coordinación sociosanitaria, sustentan las conductas que se describen y ejercitan mediante el **trabajo en equipo**:

- La **profesionalidad**, que orienta a realizar el trabajo buscando los mejores resultados para los usuarios, al aprendizaje continuo, a conocer cada vez mejor la realidad, las necesidades y las oportunidades para contribuir a resolverlas.
- La **proactividad**, que orienta a no esperar a que “alguien” resuelva las situaciones, sino a implicarse en la búsqueda de alternativas y en la comunicación y extensión de las mismas.
- El **realismo**, que orienta a la selección de las alternativas mas concretas y factibles, matizadas con que su puesta en práctica contribuya a promover alternativas mas globales y efectivas (pequeños pasos, pero en la dirección correcta).

Como consecuencia de todo lo anterior, **entendemos que un E.C.B se ha constituido** como tal no simplemente cuando se han designado formalmente a los profesionales que lo integran, sino cuando éstos se han reunido y:

- **Han asumido como propia la misión de los ECB y conocen los cauces de comunicación con otras estructuras de coordinación sociosanitaria.**
- **Han iniciado las tareas e iniciado el desarrollo de las conductas anteriormente descritas.**

El ECB podrá verificar sus progresos revisando las actas de sus reuniones y autoevaluando su funcionamiento, respecto a **resultados tangibles** (resuelve casos, agiliza prestaciones...) **e intangibles** (incrementa su capacidad, su influencia, sus competencias...).



### **III.- La Organización del Equipo:** Las reuniones del ECB

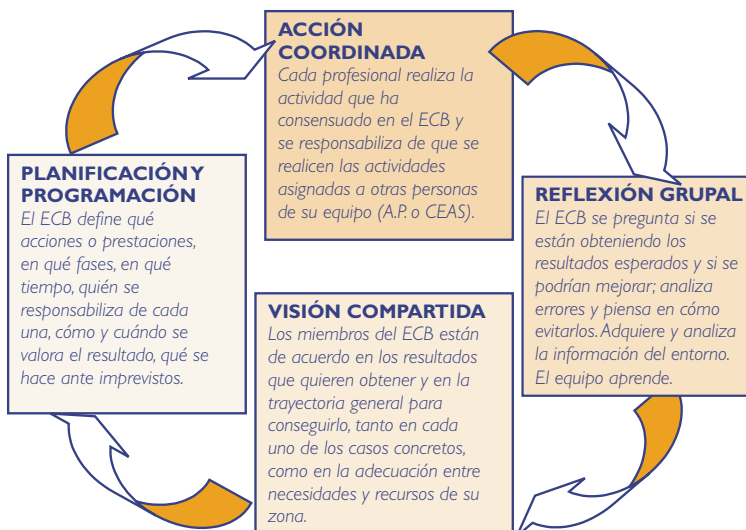
El ECB no es más, ni es menos, que profesionales de atención primaria de salud y de servicios sociales básicos que, incorporando a profesionales especializados que trabajan en la zona, acuerdan asumir la misión de coordinación sociosanitaria.

Las motivaciones de los profesionales pueden ser diversas; por ejemplo, hay profesionales que trabajan en coordinación sociosanitaria:

- Porque quieren mejorar la atención a los ciudadanos más frágiles.
- Porque quieren que los resultados de su intervención profesional sean mejores.
- Porque eso le exige la norma y le encomienda su organización.
- Porque puede ser más gratificante.
- Porque es una oportunidad de aprendizaje
- Porque .....

Ninguna de éstas obstaculiza el cumplimiento de la misión, en tanto que son intereses legítimos y compatibles. **Para la organización del equipo importan la misión y las tareas e importa una metodología que ayude a realizarlas con calidad**

Aplicando un esquema tradicional para la eficacia y la salud del equipo, **EL CICLO DE TRABAJO DE UN ECB** se representaría así:





Sabemos que la coordinación sociosanitaria en la base es crucial en la atención a la dependencia; sabemos que la protección a la infancia es una prioridad; sabemos que las personas con enfermedad mental grave y prolongada necesitan claramente prestaciones sanitarias y sociales. De esto se deriva la posibilidad de inclusión en los ECB de profesionales de Salud Mental y de Menores; profesionales que, sin situarse en el primer nivel de atención, prestan atención directa y de larga duración a usuarios de los CEAS y de los EAP, hasta ahora frecuentemente sin contar con el valor añadido (el refuerzo mutuo) de la coordinación sociosanitaria.

**El ECB se organiza como un equipo abierto** a la incorporación de profesionales de otras organizaciones, que trabajen en la misma zona y que puedan contribuir a cualquiera de los contenidos descritos en el ciclo de compartir la visión, planificación, acción coordinada, reflexión grupal. El ECB decide qué profesionales del tejido asociativo se incorporan y para qué tarea (información, gestión de casos concretos, elaboración de propuestas de mejora .....).

La consideración de equipo abierto lleva también a que cada profesional sea un agente activo de coordinación sociosanitaria en su medio habitual de trabajo, es decir:

- **Cada uno de sus miembros es el canal de comunicación entre los profesionales de salud y de servicios sociales que intervienen en la zona.**
- **Por lo tanto, su tarea dentro del equipo incluye aproximar a todo su equipo de A. Primaria, CEAS, Salud Mental, etc... a la coordinación sociosanitaria.**

Visión compartida, planificación y programación, acción coordinada y reflexión grupal constituyen bloques de reflexión y acción, para los que son necesarios el tiempo y el espacio propios de:

### **LAS REUNIONES DEL ECB:**



**Una primera reunión, con todo el tiempo que el equipo necesite para ponerse de acuerdo en lo básico, es una inversión para ganar tiempo y evitar desorientación en las reuniones periódicas.**

**A partir de ahí, el ECB es el espacio idóneo para empezar a compartir, y analizar, el conjunto de información del que ya disponen sus miembros:**

- **Casos ya captados por alguno de los profesionales del ECB**
- **Servicio de Atención al Cuidador Familiar en la Comunidad**
- **Censo de personas con enfermedad mental grave y prolongada que viven en la zona**
- **Personas que reciben atención sanitaria y social en su domicilio (S° de atención a inmovilizados, S° de Ayuda a domicilio.....)**
- .....

Con toda la información disponible, el ECB puede ya establecer prioridades y el calendario inicial para su funcionamiento.

»» **Contenido** de las reuniones:

Es posible que el ECB considere que uno u otro tema concreto necesita un análisis en profundidad, que requiere la dedicación de una reunión monográfica. No obstante, con carácter general el orden del día de cada reunión estará integrado por los siguientes contenidos:

- ✓ Información significativa: sobre necesidades, sobre recursos, sobre actuaciones de servicios y grupos sociales, sobre metodología.
- ✓ Análisis:
  - de cada uno de los casos nuevos captados por algunos de los profesionales, para valoración y plan de trabajo compartido.
  - de seguimiento de casos y toma de decisiones sobre modificación del Plan de Cuidados.
- ✓ Elaboración de propuestas de mejora, si procede.
- ✓ Distribución de trabajo y responsabilidades de conexión con el entorno.

»» **Procedimiento:**

- El Equipo finaliza su reunión fijando fecha y asuntos a tratar en la siguiente.
- Cualquiera de sus miembros puede convocar al Equipo, o parte del él, si hay algún asunto que requiere valoración y decisiones urgentes.
- Es recomendable enviar previamente información sobre los asuntos a tratar y es imprescindible si se trata de casos nuevos (recordar que es conveniente que el profesional que presta directamente los servicios participe en la reunión en la que se trata el caso. Si no es posible, deberá aportarse su valoración y su compromiso en ejecución del Plan de Cuidados que se consensúe)

»» **Soportes:**

- Acta, síntesis de acuerdos, acciones y responsables (útil para el ECB y para transmitir información, tanto a la Comisión de Coordinación como a los niveles jerárquicos).
- Guía para la Gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria.
- Modelo de informe para la presentación de propuestas de mejora.



## **IV.- La Metodología compartida y sus aplicaciones**

Si el acuerdo básico sobre la misión y las tareas es crucial para la orientación y para la cohesión del equipo, **tener la misma metodología y usar los mismos instrumentos es la clave para trabajar con mayor eficacia**, para evitar pérdidas de tiempo y esfuerzo, para integrar las distintas perspectivas y para expresar los compromisos de cada profesional en la resolución de los problemas.

**La metodología de gestión de procesos es una metodología ya contrastada y muy extendida en distintos tipos de organización y que pretende garantizar la calidad en la organización y en la prestación de servicios. Es una metodología común a los ECB, a las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria y a los Grupos de Trabajo inter-Consejerías.**

**Por esta razón, la gestión de procesos de coordinación sociosanitaria nos facilitará una comunicación mas fluida y nos permitirá poder evaluar el funcionamiento de las estructuras técnicas de coordinación sociosanitaria y sus resultados con los mismos criterios.**

Los instrumentos y soportes que se plantean sirven al mismo objetivo: facilitar la comunicación entre profesionales y facilitar la comunicación entre estructuras para compartir información, para la gestión y resolución de casos, y para tramitar y hacer el seguimiento de las propuestas de mejora.

Acercarnos en terminología, adoptar instrumentos comunes para el análisis de la realidad y tener soportes comunes forma parte del proceso de aprendizaje compartido de profesionales de salud y de servicios sociales, superando las dificultades derivadas de tener distinta formación profesional y proceder de organizaciones con trayectorias y culturas de funcionamiento diferentes.

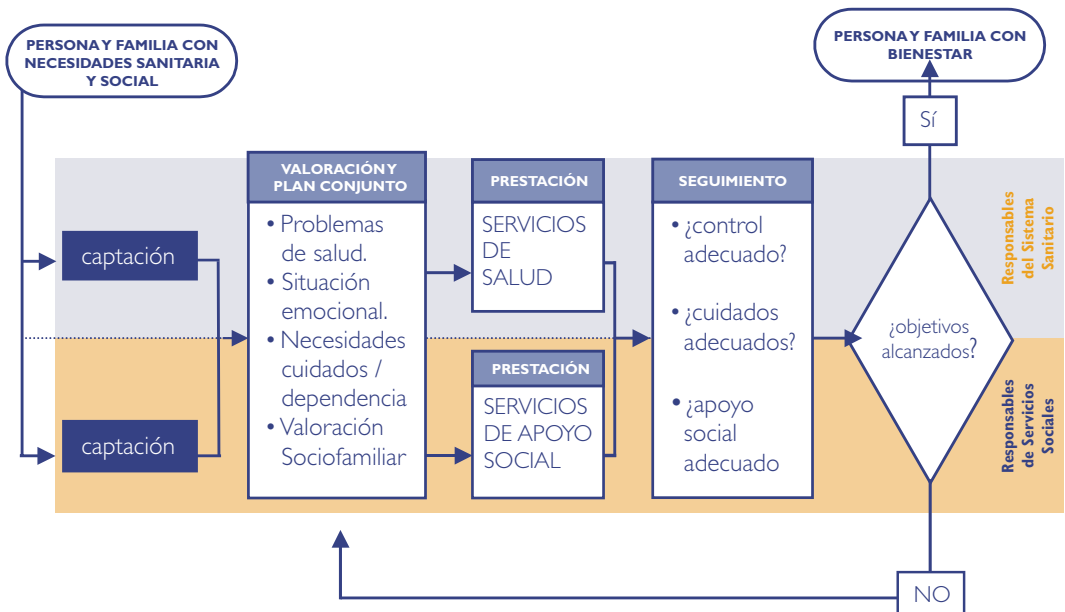


**V.- Gestión compartida de casos  
de coordinación socio sanitaria**

## V.1.- El proceso de coordinación sociosanitaria

Aplicamos la metodología de gestión de procesos a la gestión de casos, partiendo de identificar el proceso global de coordinación sociosanitaria:

Es un **proceso que pretende modificar** la entrada, definida como persona y familia con **necesidades sociales y sanitarias**, mediante intervenciones que aporten algo para lograr el **cambio de esta situación**, cambio que se identifica con **mejoras en la situación**, hacia el **bienestar de la persona y su familia**.



El esquema del proceso identifica las fases de: captación, valoración y plan conjunto, prestación de servicios sociales y sanitarios, seguimiento y evaluación.

Se identifican las responsabilidades de cada sistema, ceñidas a la prestación de los servicios que corresponden a cada sistema, y los momentos de responsabilidad compartida, que implican a ambos.

## V.2.- Descripción de las fases del proceso de coordinación sociosanitaria

### I. CAPTACIÓN



#### I.- CAPTACIÓN:

- Profesional que la realiza:.....
- Datos de identificación del usuario:

\* Motivo por el que llega y datos del cliente que justifican la prestación de servicios de forma conjunta:

Procedimiento de contacto establecido para valoración multiprofesional.

Fecha:

#### VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿La información inicial ha sido suficiente?
2. ¿El procedimiento de conexión es adecuado?
3. ¿El tiempo que transcurre entre la conexión y la valoración multidisciplinar es el adecuado a la necesidad de rapidez en la intervención?

*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.*

La captación ocurre cuando un profesional sanitario o social considera un caso complejo de necesidad presente o futura de prestación simultánea de servicios sociales y sanitarios e inicia el procedimiento de conexión con el resto del ECB para abordar conjuntamente el problema.

Debe aportarse al grupo información lo más completa posible en el momento de plantear el caso, para no multiplicar el número de reuniones y poder pasar a la segunda fase.

Si es posible, se enviará a los miembros del grupo información previa a la reunión, de forma que pueda realizarse la valoración conjunta, a partir de que cada profesional pueda recabar datos suficientes para aportar su valoración del caso.

### REQUISITOS DE CALIDAD


Se considerará que la fase de captación se ha realizado bien cuando:

- a) La información inicial ha sido suficiente, es decir que la información que aporta el profesional que realiza la captación facilita que los demás profesionales del ECB recopilen información sobre el caso, ó prevean su obtención
- b) El procedimiento de conexión es adecuado, es decir que el profesional que capta la necesidad puede comunicarse fácilmente con otros miembros del ECB a través del cauce establecido por el equipo (tfno., correo electrónico,.....)
- c) El tiempo que transcurre entre la conexión y la valoración multidisciplinar es el adecuado a la necesidad de rapidez en la intervención.

El ECB decidirá que hacer para mejorar la información inicial, facilitar la conexión, o agilizar la reunión para la valoración conjunta, en el caso de que se detecten dificultades.

## 2. VALORACIÓN Y PLAN DE CUIDADOS

### 2.1.- VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL



**VALORACIÓN Y PLAN DE CUIDADOS**

**2. - VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL Y ESTABLECIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADOS CONJUNTO.**

**2.1 VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL**


• Profesionales que intervienen:

Desde el ámbito de apoyo social	Desde el ámbito sanitario

**VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS:**

1. ¿La Valoración y el Plan de Cuidados son realizados por Ig's profesionales que intervendrán en la prestación de servicios?
2. Si se ha realizado por otros profesionales ¿Se han consensuado con Ig's profesionales que que intervienen directamente con el usuario?

*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.*



• **Problemas – necesidades detectadas:**

Problemas de salud:

Necesidad de cuidados de enfermería:

Situación de dependencia:

Valoración sociofamiliar

**VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS**

1. ¿La información disponible es suficiente?
2. ¿La definición de la situación y necesidades es precisa y comprensible?
3. ¿Se han incorporado la percepción, las demandas y la colaboración del usuario y de su familia?.

*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.*

Es una valoración multidimensional y por tanto multiprofesional. Se basa en el **encuentro entre profesionales de diferentes disciplinas e instituciones, que intercambian y aportan los diferentes enfoques** que puede tener el problema de que se trate.

No puede sustituirse por la suma de informes sobre una misma situación o persona, ya que el intercambio de opiniones y puntos de vista enriquece y hace en ocasiones modificar puntos de vista individuales y anteriores sobre el caso.

En la valoración conjunta deben participar **los miembros de ECB**, incorporando, si es posible, a los **profesionales que van a prestar directamente los servicios** que se necesitan (médicos, enfermeras, equipo de salud mental, programa de apoyo a familias, etc.). Hay que tener en cuenta que es más fácil conseguir la implicación de los profesionales si pueden participar y consensuar con otros profesionales las necesidades de un ciudadano sobre los que todos tienen responsabilidades de atención.

El papel del sanitario del ECB será, por tanto, el de un movilizador de los miembros del EAP, de forma que el médico y la enfermera de la persona de que se trate, participen e inter-



vengan directamente en la valoración y establecimiento del plan de cuidados; o al menos aseguren su compromiso en la prestación de los servicios que les corresponden y en la coordinación de las prestaciones sanitarias y sociales. De igual forma, el profesional del CEAS implicará a los profesionales de SS.Sociales Básicos (Psicólogo del Programa de Apoyo a Familias, Animador Comunitario, etc..)

Nadie mejor que los profesionales que atienden directamente a una persona puede aportar su conocimiento sobre los problemas que padece, la necesidad de cuidados, la calificación de su situación de dependencia y de su situación sociofamiliar; conociendo e incorporando la percepción de las necesidades, las preferencias y compromisos de la persona y su familia.


## **REQUISITOS DE CALIDAD**

Se entenderá que la valoración de las necesidades se ha realizado bien cuando:

- a) La información aportada en la reunión es suficiente.
- b) La definición de la situación y necesidades es precisa y comprensible para todos los miembros del ECB.
- c) Se conocen la percepción, las demandas y las posibilidades de colaboración del usuario y de su familia.
- d) La Valoración y el Plan de Cuidados se realizan por l@s profesionales que intervendrán en la prestación de servicios.
- e)  bien, se han consensuado con l@s profesionales que intervendrán directamente con el usuario.

Como se indicaba anteriormente, si se detectan lagunas o errores, el ECB deberá plantearse como evitar que se reiteren en el caso o se produzcan de nuevo en otros casos. No se trata, por tanto, de “¿quién ha fallado?”, sino de “¿cómo podemos organizarnos para que no vuelva a ocurrir?”, en la idea de que aprendemos juntos a mejorar y de que el ECB buscará superar los errores que se produzcan, utilizando como herramienta la mejora de los procedimientos (de comunicación, de aprendizaje organizativo, etc.).

## 2.2.- PLAN DE CUIDADOS



2.2 PLAN DE CUIDADOS:

Servicios propuestos como idóneos:

Servicios que efectivamente se pondrán en marcha:      Responsable:

Motivos de la no posibilidad de prestación de los servicios idóneos (en su caso):

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿Hay posibilidades de puesta en funcionamiento de los servicios idóneos?
2. ¿Se han organizado los cuidados de forma que se que minimice la carencia de servicios idóneos?
3. ¿El usuario y su familia están de acuerdo con el Plan de Cuidados?
4. ¿Se ha transmitido a la Comisión de Coordinación información precisa sobre la carencia de los servicios considerados idóneos?

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.*

Se trata de emprender acciones que den respuesta a las necesidades que se han detectado en la valoración conjunta. **Es muy importante** (aunque no conste explícitamente) **formular los objetivos del Plan de Cuidados**<sup>1</sup>, en términos de las mejoras que se prevé conseguir.

Como estamos hablando de coordinar servicios sanitarios y sociales, y una vez que hemos consensuado las necesidades, habrá que **definir los servicios** más adecuados y **quién debe prestarlos**. En el caso de que el servicio idóneo no esté disponible (cosa que puede ocurrir cuando se trate de recursos, tiempo de dedicación etc..), habrá que optar por los servicios disponibles y organizarlos de forma que contribuyan a mejorar la situación de la persona y su familia.

Simultáneamente, el equipo deberá decidir si la información con la que cuenta es suficiente

para realizar una propuesta de mejora, o debe recabar mas información sobre situaciones similares para justificarla adecuadamente. De esta forma **el ECB asume el compromiso con las personas y con la cobertura de sus necesidades sociales y sanitarias, prestando el mejor servicio posible y trabajando para la consecución de los servicios idóneos**.

En cualquier caso **es útil que el ECB transmita la información sobre carencias** de recursos, accesibilidad, etc... a la Comisión de Coordinación, con el fin de que pueda conectarse a la información transmitida por otros ECB.

## REQUISITOS DE CALIDAD


Se entenderá que el Plan de Cuidados está bien diseñado cuando:

- a) Se han identificado los servicios y recursos adecuados a las necesidades.
- b) Se han organizado los cuidados de forma que optimizan los servicios existentes para la cobertura de las necesidades y se ha gestionado la movilización de otros recursos necesarios.

<sup>1</sup> Siguiendo el itinerario de identificar problemas - necesidades - objetivos de la intervención - servicios.

- c) El usuario y su familia están de acuerdo con el Plan de Cuidados
- d) Se ha transmitido a la Comisión de Coordinación información precisa sobre la carencia de los servicios considerados idóneos

## 2.3.- PLANIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO



• **Planificación del seguimiento:**

Responsables, procedimientos de contacto – comunicación acordados, momentos de reevaluación pactados,...

Fecha:

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿Cada profesional conoce el Plan de Cuidados y sabe como contribuye su tarea al cumplimiento global?
2. ¿Cada profesional sabe con quién debe ponerse en contacto ante imprevistos, dudas o variaciones en su tarea?
3. ¿Se ha acordado en que fechas y momentos se realizarán revisiones del Plan?

*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.*

Para conocer en qué medida son adecuados y coordinados los servicios que hemos puesto en marcha, hay que fijar momentos de encuentro entre los profesionales que han acordado el plan, concretando fechas.

Son los momentos en que podremos verificar si todos los profesionales que intervienen en la prestación de los servicios los están prestando conforme al acuerdo adoptado, y las dificultades que están encontrando en prestarlos adecuada e integradamente, es decir, con la calidad inherente a la propia prestación y con la calidad que debe aportar la prestación integrada.

## REQUISITOS DE CALIDAD

A ello corresponde que el ECB verifique:

- a) Que cada profesional conoce el todo el Plan de Cuidados y sabe como contribuye su tarea al cumplimiento global, es decir que sabe que su tarea es continuada o complementada por otros profesionales y que cualquier cambio influye en ella. El ECB definirá si es necesario articular un procedimiento específico para garantizarlo o existe ya la fluidez en la comunicación que lo garantiza.
- b) Que cada profesional sabe con quién debe ponerse en contacto ante imprevistos, dudas o variaciones en su tarea.
- c) Que se ha acordado en que fechas y momentos se realizarán revisiones del Plan.

### 3. DESARROLLO DE LOS SERVICIOS Y EVALUACIÓN DEL PLAN



#### 3. - DESARROLLO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE SEGUIMIENTO:

##### 3.1 EVOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS ABORDADOS:

En los problemas de salud:

En la necesidad de cuidados de enfermería:

En la situación de dependencia:

En la situación sociofamiliar:

##### VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿Se revisa la situación en el plazo acordado?
2. ¿Las variaciones en la situación (resultados de mantenimiento / mejora de la situación inicial) son los previstos?
3. ¿Qué factores no previstos están influyendo?

*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.*



##### 3.2 EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS Y MODIFICACIONES ESTABLECIDAS

Momentos de evaluación (tanto programados como a demanda):

Variaciones sobre el plan inicial que se han llevado a cabo (Nuevos servicios o actividades y responsables de los mismos.- Planificación del seguimiento):

##### VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿Se ha detectado necesidades de refuerzo o modificación de cuidados?
2. ¿Se ha actuado sobre ellas con prontitud?
3. ¿Se han comunicado a los profesionales que intervienen en el caso?
4. ¿Se ha pactado con el usuario y su familia?
5. ¿Se han reajustado el Plan de Cuidados?

*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.*

En la fecha establecida para revisar el Plan de Cuidados, el ECB comparará la situación inicial con la existente tras la prestación integrada de servicios recogida en el Plan. La evolución de los problemas permitirá evaluar el Plan, verificando la eficacia del mismo en la resolución de las necesidades de atención sanitaria y social de la persona y su familia. Como consecuencia de la evaluación, el equipo decidirá la continuidad y, en su caso, las variaciones que debe introducir en el Plan de Cuidados.

Valorar cómo evoluciona el estado de salud de la persona, si hay modificaciones en la necesidad de cuidados de enfermería, si mejora la situación de dependencia o al menos se compensa con la aplicación del plan, y que cambios y conflictos se están produciendo en la situación sociofamiliar, de convivencia y de conexión social, es en definitiva valorar si el Plan de Cuidados ha logrado incidir realmente en los problemas detectados y si se han obtenido los resultados previstos.

Es cierto que el mejor Plan de Cuidados puede fallar, tanto por errores en su ejecución, como por no haber considerado algunos factores en la Valoración Conjunta, como por la aparición de acontecimientos vitales realmente imprevisibles, sobre los que no ha sido posible intervenir (acontecimientos o cambios positivos o negativos). Estos son otros aspectos a con-

siderar en la Evaluación del Plan de Cuidados, que orientarán la toma de decisiones para reformular y/o ajustar el Plan de Cuidados a los cambios que se hayan producido.

## **REQUISITOS DE CALIDAD**

Pararse a reflexionar sobre qué está ocurriendo, qué influencia ha tenido nuestro trabajo en ello y cómo enfocar una nueva etapa, implica valorar:

- a) Si hemos revisado la situación en el tiempo previsto.
- b) Si hemos obtenido los resultados previstos, o estamos avanzando en ellos.
- c) Si ha habido cambios que no podíamos prever.

Para valorar igualmente nuestra capacidad de reacción, flexibilidad y organización interna, debemos preguntarnos:

- a) Si hemos detectado necesidad de cambio en nuestros planes.
- b) Si hemos actuado con prontitud.
- c) Si hemos involucrado en los cambios necesarios a los profesionales que intervienen directamente.
- d) Si hemos contado con la familia.
- e) Si hemos adaptado y puesto en funcionamiento los ajustes que eran necesarios.

## **4. VALORACIÓN GLOBAL Y OBSERVACIONES:**

Se corresponde con el momento en que damos por finalizado el proceso de coordinación sociosanitaria para la gestión compartida del caso (aunque no finalicen las actividades concretas de prestación de servicios), y **se considera el caso resuelto** por alguno de los motivos siguientes:

- a) Porque se han logrado los objetivos, de forma que se configura como un caso que precisa únicamente mantenimiento de las prestaciones articuladas por el ECB y su seguimiento.
- b) Porque se ha obtenido el recurso idóneo, con derivación a un ámbito de servicios diferente del ámbito del ECB.
- c) Por otras circunstancias, relacionadas con cambios radicales de la situación (fallecimiento, cambios familiares...).

Para el ECB es también el momento de responder a una pregunta básica sobre el proceso de aprendizaje compartido del ECB. La pregunta es: **Si el ECB se encontrase ante un**

**caso similar: ¿Cómo actuaría?**, para analizar si actuaría igual, reforzaría algunas actuaciones, suprimiría otras, e incorporaría nuevos enfoques, prestaciones, intervinientes...

Para ayudar a responder a esa pregunta básica, es útil responderse a las siguientes cuestiones:

- ¿Se han cumplido los requisitos de cada actividad? (Captación, valoración multidisciplinar y plan de cuidados, seguimiento,...).
- ¿Cuáles han podido ser las causas de los incumplimientos? (metodología de análisis).
- ¿Se han alcanzado los objetivos propuestos?
- ¿Cuáles han podido ser las causas de su no consecución?
- ¿La información aportada es suficiente?
- ¿La información aportada es relevante?
- ¿Qué otros aspectos merece la pena comentar?

**La consecuencia de la reflexión del ECB, a partir de las respuestas a estas cuestiones, deberá ser el convencimiento de que la próxima vez el ECB logrará resolver el problema real de la persona concreta, o logrará mejorar significativamente su bienestar.**



## **VI.- Propuesta de mejora**

Elaborar y gestionar propuestas de mejora es otra de las capacidades del ECB, y para ello cuenta con el apoyo de la Comisión de Coordinación.

La presentación de propuestas debe caracterizarse por la claridad y el rigor, que no se derivan tanto de una larga y prolija presentación del problema y de sus alternativas, como de:

- a) Extraer la información más significativa sobre la dificultad y sus repercusiones en las personas, familias, y colectivos concretos.
- b) Presentar la alternativa más eficaz, concretando su puesta en práctica

Lógicamente, el esquema de presentación que se propone no está cerrado a la incorporación de más información, pero parece aconsejable mantenerlo y, en su caso, acompañar anexos e informes complementarios, que permitan que la persona que lo necesite encuentre en ellos ampliaciones o concreciones de uno o varios puntos del esquema.

- **DETECCIÓN DEL PROBLEMA:** indicar cómo ha llegado al ECB.
- **DESCRIPCIÓN:** en términos lo más objetivos posible.
- **CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS DE PROPUESTA DE SOLUCIONES:** valoraciones a partir de la normativa, experiencias, referencias éticas y científicas...
- **PROPUESTA DE MEJORA:** describir sucintamente el contenido y su impacto en el problema detectado.
- **ACTUACIONES REALIZADAS:** sintetizar que se ha hecho para resolver el problema y que resultados se han obtenido.
- **ACTUACIONES PENDIENTES:** acciones puestas en marcha, que es necesario complementar; o acciones que se prevé iniciar para complementar las anteriores.
- **IMPLANTACION DE LA MEDIDA:** acciones a realizar para la puesta en funcionamiento de la propuesta, con indicación de responsables de cada medida.

El informe deberá ser suscrito por todo el ECB, de forma que, al valor de la propuesta que se realiza, se suma el valor del enfoque interprofesional que aporta la coordinación socio-sanitaria.





## **Anexos:**

- Referencias Normativas
- Modelo de Acta-Resumen de Reuniones
- Modelo de Informe sobre Oportunidad de Mejora
- Modelo de recogida de información sobre la

## Referencias Normativas

- **PLANIFICACIÓN:** En el Decreto 59/2003, de 15 de Mayo, por el que se aprueba el **II Plan Sociosanitario de Castilla y León** se enfocan la planificación y coordinación entre ambos Sistemas, a través de los principios rectores y de cuatro líneas estratégicas:
  - ✓ Potenciar la **coordinación** sociosanitaria.
  - ✓ Garantizar la **prestación integrada** de servicios en el **ámbito comunitario** y prevenir la dependencia.
  - ✓ Mejorar la **atención integral en los centros** de carácter social y la continuidad de cuidados en los hospitales..
  - ✓ Atender las **necesidades específicas** de determinados colectivos.
  
- **COORDINACIÓN:** En cumplimiento del I Plan Sociosanitario de Castilla y León se crearon las Estructuras de Coordinación Sociosanitaria. La línea de potenciar la coordinación sociosanitaria, crucial en el IIº Plan, ha implicado la modificación de la normativa anterior: Las referencias son las siguientes:
  - ✓ Decreto 74/2000 de 13 de Abril por el que se crea y regula la estructura de coordinación sociosanitaria de Castilla y León.
  - ✓ Decreto 49/2003 de 24 de Abril por el que se modifica el Decreto 74/2000 de 13 de Abril, creando los ECB.

A estos Decretos se suman otras dos referencias normativas en las que se expresan responsabilidades estructurales en materia de coordinación sociosanitaria:

1. La Orden SAN/10/2003, de 24 de Agosto integra el Servicio de Coordinación Sociosanitaria en la Dirección General de Planificación y Ordenación de la Consejería de Sanidad.
2. El Decreto 96/2003, de 21 de Agosto incorpora expresamente a la Gerencia de Servicios Sociales la colaboración con la Consejería de Sanidad en materia de coordinación sociosanitaria.

**RESUMEN DE LA REUNIÓN DEL EQUIPO DE  
COORDINACIÓN DE BASE DE: .....**

Fecha:    /    /

Participantes:

NOMBRE Y APELLIDOS	PRESENTES	AUSENCIA JUSTIFICADA	AUSENCIA NO JUSTIFICADA

**ASUNTOS A TRATAR:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**APORTACIONES:**

### ACUERDOS ALCANZADOS:

TEMA N°	ACUERDOS	RESPONSABLE	FECHA PROPUESTA	PROCEDIMIENTO VERIFICACIÓN

### ASUNTOS PENDIENTES:

**PRÓXIMA REUNIÓN:**     /     /

**INFORME SOBRE OPORTUNIDAD DE MEJORA EN .....**

**EQUIPO DE COORDINACIÓN DE BASE DE: .....**

DETECCIÓN DEL PROBLEMA:

DESCRIPCIÓN:

CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS DE PROPUESTAS DE SOLUCIONES:

PROPUESTA DE MEJORA:

**ACTUACIONES REALIZADAS:**

--

<b>ACTUACIONES PENDIENTES</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>PLAZOS</b>

**IMPLANTACIÓN DE LA MEDIDA:** concreciones, fecha y responsable

--

FECHA Y FIRMAS:



