



# G

**Guías**

**GUÍA PARA LA GESTIÓN COMPARTIDA DE CASOS  
DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA  
EQUIPOS DE COORDINACIÓN DE BASE**

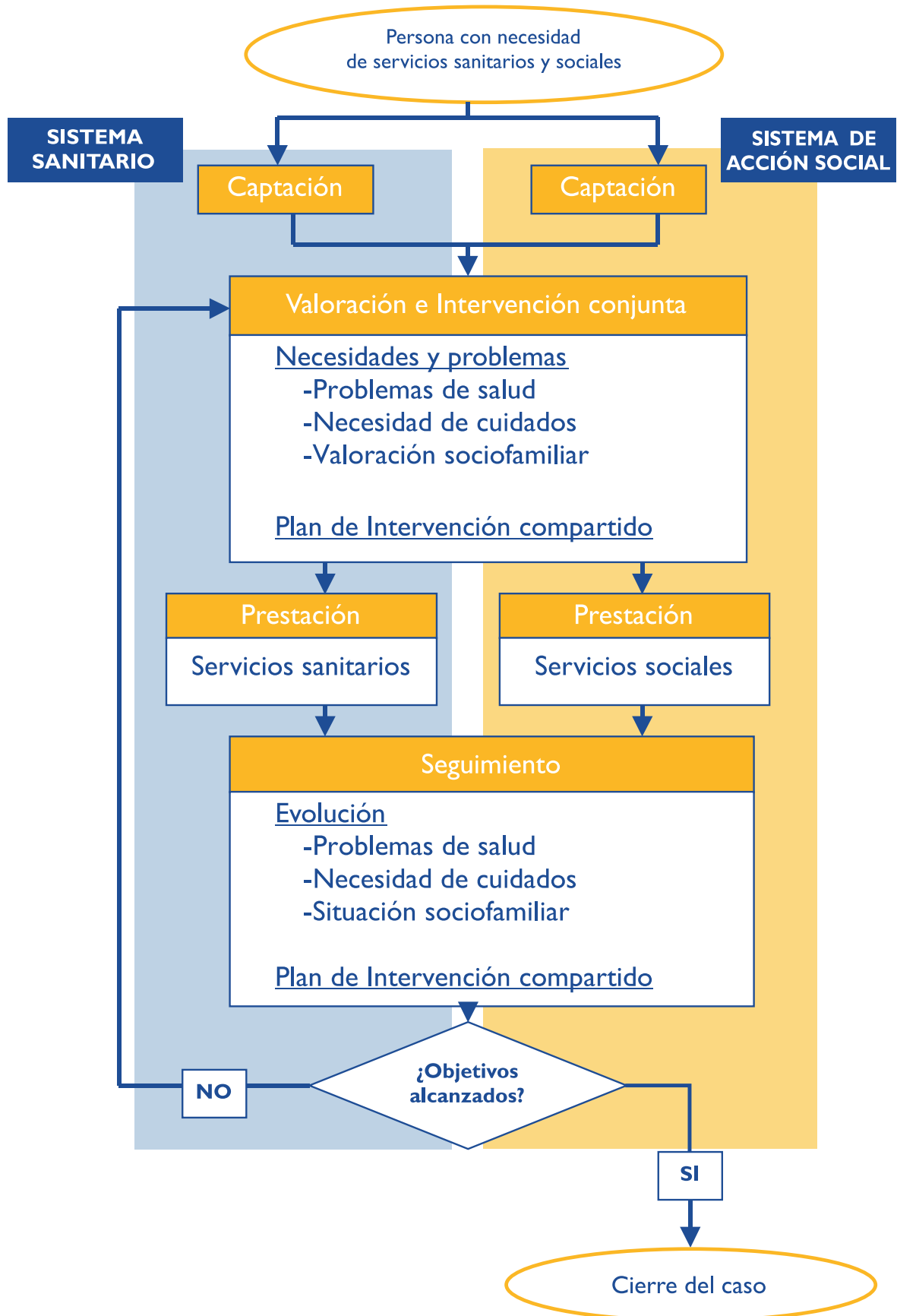


**Junta de  
Castilla y León**

# Índice

<b>FASE 1.- CAPTACIÓN</b> .....	3
<b>Identificación del usuario</b> .....	3
<b>FASE 2.- VALORACIÓN CONJUNTA</b> .....	3
<b>2.1.- Profesionales que intervienen</b> .....	3
<b>2.2.- Necesidades y problemas</b> .....	3
<b>Valoración de problemas de salud</b> .....	3
<b>Valoración de necesidad de cuidados por patrones funcionales</b> .....	4
Percepción-manejo de la salud .....	4
Nutricional metabólico .....	4
Eliminación .....	4
Actividad - ejercicio .....	5
Sueño y descanso .....	5
Cognitivo – perceptual .....	5
Rol – relaciones .....	5
Otros datos que pudieran ser interesantes para la intervención .....	5
Escala de BARTHEL .....	6
<b>Valoración social y familiar</b> .....	7
Convivencia .....	7
Dinámica del núcleo de convivencia .....	7
Ocupación y situación económica .....	8
Vivienda .....	8
Necesidades de intervención social .....	8
<b>VALORACIÓN CONJUNTA: RESUMEN FINAL</b> .....	8
Preferencias del usuario .....	9
RELACIÓN DE ALGUNOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS QUE PUEDEN CONFIGURAR EL PLAN DE INTERVENCIÓN .....	9
Recursos alternativos al domicilio .....	9
<b>FASE 3.- PLAN DE INTERVENCIÓN CONJUNTA</b> .....	10
<b>Servicios que configuran el plan de intervención coordinado</b> .....	10
<b>Recursos idóneos</b> .....	12
<b>Motivos por los que no se prestan los servicios idóneos</b> .....	12
<b>Planificación del seguimiento</b> .....	12
<b>FASE 4.- SEGUIMIENTO</b> .....	13
<b>FASE 5.- CIERRE DEL CASO</b> .....	14
<b>VALORACIÓN GLOBAL Y OBSERVACIONES</b> .....	15
<b>REFLEXIÓN FINAL</b> .....	15

## Proceso de coordinación sociosanitaria





**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 I. 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"/>
Otros (especificar) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROFESIONAL DE REFERENCIA PARA EL CASO	Forma de localizarlo:

### 2.2. NECESIDADES Y PROBLEMAS

**Problemas de salud** actuales del usuario incluyendo tratamiento, posología, 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):

**Valoración de necesidad de cuidados por patrones funcionales:**

**Percepción-manejo de la salud.**

Conciencia de la propia enfermedad No  Sí

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  Riesgo de aspiración

*Por exceso*  Alteración de la mucosa oral

*Por defecto*  Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

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:

### 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

Deterioro de la deambulación

Especificar si tiene alguna ayuda técnica:

Otros problemas:

Déficit de autocuidado

Alimentación

Higiene / baño

Vestido/acicalamiento

Uso orinal / WC

### 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 sensorial  Especificar:

Desorientación temporoespacial

Dolor

Otros problemas:

Trastorno de los procesos del pensamiento

Deterioro de la memoria

### Patrón rol - relaciones

¿Es cuidador? No  Sí

#### PROBLEMAS DETECTADOS

Cansancio del cuidador

Riesgo de cansancio del cuidador

Deterioro de la comunicación verbal

Riesgo de soledad

Aislamiento social

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.**

## Escala de BARTHEL

### Baño

- 5. Independiente.** Capaz de lavarse entero: puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye salir y entrar en el baño. Puede realizar todo sin estar una persona presente.
- 0. Dependiente.** Necesita alguna ayuda.

### Vestido

- 10. Independiente.** Capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, se abrocha los botones. Se coloca braguero o corsé si precisa.
- 5. Necesita ayuda,** pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0. Dependiente.**

### Arreglo personal

- 5. Independiente.** Realiza todas las actividades personales (ej.: lavarse las manos y cara, peinarse). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si es maquinilla eléctrica.
- 0. Dependiente.** Necesita alguna ayuda.

### Traslado sillón/cama

- 15. Independiente.** Sin ayuda en todas las fases: se aproxima a la cama, frena y cierra la silla de ruedas si es necesario, desplaza el apoyapiés, se mete y tumba en la cama, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, vuelve a la silla de ruedas.
- 10. Mínima ayuda.** Incluye supervisión verbal y pequeña ayuda física tal como la ofrecida por un cónyuge no muy fuerte.
- 5. Gran ayuda.** Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para salir de la cama o desplazarse.
- 0. Dependencia.** Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

### Deambulación

- 15. Independiente.** Puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.) excepto andador. La velocidad no es importante, puede caminar al menos 50 m. o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión.
- 10. Necesita ayuda.** Supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos y otras ayudas para permanecer de pie, deambula 50 m.
- 5. Independiente en silla de ruedas en 50 m.** Debe ser capaz de girar esquinas solo.
- 0. Inmóvil.** Incluye ser rodado por otro.

### Escalones

- 10. Independiente.** Capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión. Puede utilizar el apoyo que precise para andar (bastón, muletas, etc.).
- 5. Necesita ayuda.** Supervisión física o verbal.
- 0. Incapaz.** Necesita alzamiento (ascensor), o no puede salvar escalones.

### Uso del retrete

- 10. Independiente.** Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, limpiar y vaciar completamente la bacinilla sin ayuda. Capaz de ponerse encima y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras para sostenerse.
- 5. Necesita ayuda.** Capaz de manejarse con pequeña ayuda en equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o usar el papel del baño. Sin embargo aún es capaz de utilizar el water.
- 0. Dependiente.** Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

### Deposición

- 10. Continente.** Ningún accidente. Si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.
- 5. Accidente ocasional.** Raro (menos de una vez por semana) o necesita ayuda para el enema o supositorio.
- 0. Incontinente.**

### Micción

- 10. Continente.** Ningún accidente. Seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (ej.: catéter) si es necesario es capaz de cambiar de bolsa.
- 5. Accidente ocasional.** Menos de una vez por semana. Necesita ayuda con instrumentos.
- 0. Incontinente.**

### Alimentación

- 10. Independiente.** Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable, capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo. La comida puede situarse al alcance.
- 5. Necesita ayuda.** Ej.: para cortar, extender la mantequilla.
- 0. Dependiente.** Necesita ser alimentado.

Puntuación total*	Grado de dependencia
<45	Dependencia severa
45-59	Dependencia grave
60-80	Dependencia moderada
>80	Dependencia ligera

\* Máximo 100, 90 si silla de rueda

Fecha:							
	Puntuación	Puntuación	Puntuación	Puntuación	Puntuación	Puntuación	Puntuación
Baño							
Vestido							
Arreglo personal							
Traslado sillón/cama							
Deambulación							
Escalones							
Uso del retrete							
Deposición							
Micción							
Alimentación							
<b>TOTAL</b>							

### Valoración social y familiar

Reconocimiento de dependencia No  En trámite  Sí  Grado: Nivel:  
 Está incapacitado legalmente No  En trámite  Sí   
 Tiene tutor No  En trámite  Sí   
 Tiene incapacidad laboral reconocida No  En trámite  Sí  Total  Absoluta  Gran Invalidez   
 Tiene minusvalía reconocida No  En trámite  Sí  Grado: A.T.P. (puntuación):

### Convivencia

Tiene domicilio estable Sí  No  Especificar:  
 Indicar con quién vive

Tiene cuidador Sí  No  Especificar:  
 El cuidador: Tiene conocimientos para el cuidado Sí  No   
     Dispone de tiempo Sí  No   
     Se siente apoyado Sí  No

Otros apoyos familiares y/o informales. Especificar:

¿Dispone de apoyos formales y/o recursos de servicios sociales? Sí  No   
 Especificar tipo de apoyo e intensidad:

¿Es capaz de usar el teléfono? Sí  No

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

### Dinámica del núcleo de convivencia:

Buena  Conflictiva  Entraña riesgos  Especificar:



**Ocupación y situación económica**

Cuantía de ingresos propios (*pensión, salario, etc.*)

Renta per cápita familiar

Valoración económica global (*rentas, gastos a 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, otros*)

No adecuada a sus necesidades

Otros datos de interés (*indicar las condiciones del entorno que puedan influir en la intervención sociosanitaria: transporte, aislamiento...*):

**Necesidades de intervención social:**

**Cuidados domésticos:**

Limpieza del hogar

Comprar

Preparar la comida

Otros:

**Cuidados personales:**

Aseo

Ayuda para comer

Ayuda para moverse en casa

Ayuda para acudir a consultas, banco, etc.

Otros:

**Participación / Integración social:**

Acompañamiento

Asistencia a actividades

Otros:

**Cuidados de supervisión o adiestramiento en hábitos y/o organización doméstica:**

Especificar:

**VALORACIÓN CONJUNTA: RESUMEN FINAL** (*opciones no excluyentes*)

Plan para la permanencia en el domicilio

Alojamiento alternativo:

Urgente  A medio plazo  Temporal  Definitivo

**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

No se acepta ninguna intervención

**RELACIÓN DE ALGUNOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS QUE PUEDEN CONFIGURAR EL PLAN DE INTERVENCIÓN**

SERVICIOS SANITARIOS	SERVICIOS SOCIALES
Servicios de atención a la mujer y al niño	SAD doméstico
Servicio de atención al paciente inmovilizado	SAD para cuidados personales
Servicio de atención al enfermo terminal	Comida, lavandería y otros servicios a domicilio
Servicio de atención al cuidador familiar en la Comunidad	Teleasistencia
Servicios de educación para la salud a grupos: crónicos, cuidadores...	Animación Comunitaria
Servicios de atención a crónicos	Programas específicos de apoyo a familias y/o infancia
Servicios de atención a la salud mental	Ayudas técnicas y económicas
Consulta médica de revisión y seguimiento	Recursos intermedios para apoyar la permanencia en el domicilio (Estancias diurnas, nocturnas, de fin de semana, etc.)
Cuidados de enfermería en consulta y a domicilio	Recursos alternativos al domicilio ( <i>ver cuadro siguiente</i> )
Trabajo social individual o familiar	Gestión: Minusvalía, incapacidad judicial, etc.
Grupos de autoayuda / voluntariado	Servicios / Recursos de asociaciones y otros grupos
Gestión: TIS, Incapacitación, Prestaciones Ortoprotésicas, etc.	Grupos de autoayuda / voluntariado
Otros	Otros

**RECURSOS ALTERNATIVOS AL DOMICILIO**

<p><b>Para personas mayores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plaza residencial asistida</li> <li>Plaza residencial para válidos</li> <li>Plaza residencial psicogerítrica</li> </ul>	<p><b>Para personas menores de 65 años</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Piso de acogida</li> <li>Plaza residencial psicogerítrica</li> </ul>
<p><b>Para menores de 18 años</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Residencia</li> <li>Vivienda o casa de acogida</li> <li>Centro educativo más residencia</li> </ul>	<p><b>Para personas con discapacidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Centro ocupacional con residencia</li> <li>Vivienda (<i>tutelada, supervisada, apoyada</i>)</li> <li>Hogar residencia para personas gravemente afectadas (CAMP o CAMF)</li> <li>Hogar residencia para personas moderadamente afectadas</li> </ul>
<p><b>Para personas sin recursos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Piso de acogida</li> <li>Albergue</li> <li>Centro de emergencia</li> </ul>	<p><b>Recursos asistenciales sanitarios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Camas de convalecencia</li> <li>Unidad residencial psiquiátrica</li> <li>Unidad de rehabilitación psiquiátrica</li> <li>Camas de larga estancia</li> </ul>

# FASE 3. PLAN DE INTERVENCIÓN CONJUNTA

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Servicios que configuran el plan de intervención coordinado:</b> <i>(Deberá especificarse la adaptación de estos servicios a las peculiaridades de cada situación).</i>	
Servicios o Actuaciones que ya se prestan o que se proponen:  Objetivos:	Actividades/Tareas que deben desarrollarse:   Profesional responsable: Fecha de inicio:                                      Periodicidad: Horario (si procede):
Servicios o Actuaciones que ya se prestan o que se proponen:  Objetivos:	Actividades/Tareas que deben desarrollarse:   Profesional responsable: Fecha de inicio:                                      Periodicidad: Horario (si procede):
Servicios o Actuaciones que ya se prestan o que se proponen:  Objetivos:	Actividades/Tareas que deben desarrollarse:   Profesional responsable: Fecha de inicio:                                      Periodicidad: Horario (si procede):
Servicios o Actuaciones que ya se prestan o que se proponen:  Objetivos:	Actividades/Tareas que deben desarrollarse:   Profesional responsable: Fecha de inicio:                                      Periodicidad: Horario (si procede):
Servicios o Actuaciones que ya se prestan o que se proponen:  Objetivos:	Actividades/Tareas que deben desarrollarse:   Profesional responsable: Fecha de inicio:                                      Periodicidad: Horario (si procede):

**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:	
Servicios o Actuaciones que ya se prestan o que se proponen:	Actividades/Tareas que deben desarrollarse:
Objetivos:	
Servicios o Actuaciones que ya se prestan o que se proponen:	Actividades/Tareas que deben desarrollarse:
Objetivos:	
Servicios o Actuaciones que ya se prestan o que se proponen:	Actividades/Tareas que deben desarrollarse:
Objetivos:	
Servicios o Actuaciones que ya se prestan o que se proponen:	Actividades/Tareas que deben desarrollarse:
Objetivos:	
Servicios o Actuaciones que ya se prestan o que se proponen:	Actividades/Tareas que deben desarrollarse:
Objetivos:	

**Si el ECB considera que otros recursos o servicios hubieran sido más idóneos para atender este caso, indique los que no estén disponibles y los que, aún estando incluidos en el plan de intervención, debieran prestarse en otras condiciones**

**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:

**Planificación del seguimiento:**

Próxima fecha para la primera sesión de seguimiento por el ECB:

## FASE 4. SEGUIMIENTO

<b>Fecha:</b>	<b>Valoración Global:</b> 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	

<b>Fecha:</b>	<b>Valoración Global:</b> 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	

<b>Fecha:</b>	<b>Valoración Global:</b> 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	

<b>Fecha:</b>	<b>Valoración Global:</b> 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	

<b>Fecha:</b>	<b>Valoración Global:</b> 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	

## FASE 5. CIERRE DEL CASO

**Fecha:** \_\_\_\_\_

MOTIVO	COMENTARIOS
Objetivos previstos alcanzados: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mantenimiento en domicilio</li> <li><input type="checkbox"/> Ingreso en Centro</li> <li><input type="checkbox"/> Traslado</li> <li><input type="checkbox"/> Fallecimiento</li> <li><input type="checkbox"/> Falta de capacidad del ECB para mejorar la situación</li> <li><input type="checkbox"/> No permitir la intervención</li> <li><input type="checkbox"/> Otros. Especificar:</li> </ul>	

## 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?  
 Sí  No  ¿Por qué?

2. ¿Se han cumplimentado todas las fases del proceso?  
 Captación Sí  No  Valoración Sí  No   
 Plan de intervención Sí  No  Seguimiento Sí  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?  
 Sí  No   
 En caso negativo, indicar las causas

4. ¿Se ha notificado el cierre de caso a la Comisión de Coordinación Sociosanitaria?  
 Sí  No  ¿Por qué?

REFLEXIÓN FINAL
<b>SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN CONJUNTA</b>
<b>SOBRE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS QUE SIRVAN PARA OTROS CASOS</b>
<b>SOBRE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS QUE PUEDAN MEJORAR PROCESOS O RECURSOS</b>



Edita: **Junta de Castilla y León**

© Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación

**Imprime:** Gráficas Germinal, Sdad. Coop. Ltda.

Depósito Legal: VA-70/2007

SERIE **G** Guías

GUÍA PARA LA GESTIÓN COMPARTIDA DE CASOS  
DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA  
EQUIPOS DE COORDINACIÓN DE BASE



**Junta de  
Castilla y León**