

La coordinación sociosanitaria en Castilla y León

Autoras:

Cristina Rodríguez Caldero, Mafalda Rodríguez Losada Allende, M^a del Carmen Fernández Alonso, Sonsoles Sánchez Hernández, Ana Hernando Monge
Dirección general de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación. Consejería de Sanidad de Castilla y León

Para contactar:

rodcalma@jcy.es

La misión de los profesionales es atender las necesidades y facilitar la asistencia a los usuarios, pero ¿cómo prestar una atención integral cuando alguien necesita de forma simultánea o sucesiva servicios sociales y de salud? porque la realidad es muy complicada.

- Los servicios de salud no funcionan igual que los servicios sociales. Hay un único Sistema Nacional de Salud con una Ley General de Sanidad para todos, frente a la diversidad organizativa de los servicios sociales que son competencia de las comunidades autónomas y carecen de una ley básica.
- Existe una cartera de servicios sanitarios garantizados en todo el estado, pero las prestaciones sociales no son homogéneas en los diferentes territorios, salvo los relacionados con la dependencia.
- El sistema de financiación es diferente, pues los pacientes reciben asistencia sanitaria sin un desembolso directo, mientras que tienen que aportar un copago por los servicios sociales, que varía en función de la situación socioeconómica.
- No coincide la zonificación¹. En Atención Primaria (AP), las zonas de los equipos de Atención Primaria (EAP) no suelen coincidir con las zonas de los servicios sociales básicos (CEAS), ni con las zonas de los equipos de Salud Mental (ESM), y en atención especializada, tampoco coinciden las áreas de salud con el ámbito geográfico de las gerencias territoriales de servicios sociales (GTSS).

El Modelo de coordinación sociosanitaria de Castilla y León

Surgió por la necesidad de dar una respuesta conjunta a las personas con necesidades sanitarias y sociales, planteando la corresponsabili-

dad entre los servicios sanitarios y sociales, la participación de distintas administraciones y entidades y la necesaria colaboración entre las administraciones públicas y las organizaciones de la sociedad civil. Todo ello con el objetivo de garantizar la prestación integrada de los servicios y la continuidad de los cuidados.

El primer Plan Sociosanitario de Castilla y León estableció, en el año 1998, una estructura de coordinación y creó órganos conjuntos de políticos y técnicos, procedentes de los sistemas de salud y los de acción social, de ámbito regional y de las áreas de salud, teniendo en cuenta:

- La realidad sociodemográfica de la comunidad autónoma (figura 1).
- Las características específicas de la atención sociosanitaria.
- La necesidad de utilizar de forma eficiente los recursos.

Las estructuras de coordinación sociosanitaria

Nacieron con el objetivo de superar el histórico funcionamiento en paralelo de los sistemas sanitario y social y son referentes en su ámbito territorial de cuantas comisiones u órganos existen o pueden crearse.

Favorecen la participación y el contacto con organizaciones no gubernamentales (ONG), asociaciones y otras entidades relacionadas, y hacen posible el desarrollo de un modelo de atención compartido entre varias organizaciones.

Estructuras directivas:

- El Consejo de Dirección Sociosanitario de Castilla y León.
- La Comisión de Dirección Provincial.

EL OBJETIVO ES GARANTIZAR LA PRESTACIÓN INTEGRADA DE LOS SERVICIOS Y LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

1. En Castilla y León hay 245 EAP, 189 CEAS y 36 ESM. Así mismo, existen 9 GTSS de ámbito provincial y 11 áreas de salud: Ávila, El Bierzo, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid Este, Valladolid Oeste y Zamora.

Órganos operativos:

- La Comisión de Coordinación del Área de Salud.
- El coordinador sociosanitario del Área de Salud.
- Los equipos de Coordinación de Base (ECB).

El servicio de coordinación sociosanitaria

Fue creado en la Dirección General de Planificación de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, en el año 2002. Sus funciones son apoyar y generalizar las propuestas y acciones emprendidas por las estructuras de coordinación, así como elaborar los planes sociosanitarios, impulsar grupos de trabajo y diseñar procesos, protocolos y actuaciones de intervención conjunta sanitaria y social.

Las comisiones de coordinación sociosanitaria

Actualmente hay 10 comisiones en toda la comunidad, formadas por técnicos y gestores intermedios que asesoran y realizan propuestas de mejora a la dirección y apoyan a los ECB.

- Tienen un coordinador y un secretario.
- Se reúnen periódicamente.
- Realizan el seguimiento y análisis de las propuestas de los ECB, a través de la tutorización de éstos.
- Informan, completan o inician propuestas a las comisiones de dirección, mediante la constitución de grupos de trabajo.

- Fomentan y organizan actividades conjuntas de formación y divulgación de experiencias y buenas prácticas.

Los equipos de coordinación de base

Son las estructuras de coordinación sociosanitaria básicas o de primer nivel que prestan la atención directa de los ciudadanos. Realizan la gestión de los casos sociosanitarios, garantizando la continuidad de cuidados y detectan necesidades de mejora tanto de los procesos como de los servicios y los recursos.

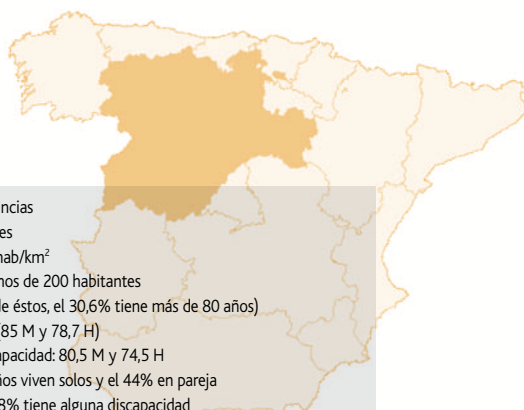
Hoy existen 187 ECB que dan cobertura a toda la población, con unos 1.000 profesionales vinculados. Constituyen grupos de trabajo multidisciplinar que actúan en una demarcación territorial definida, teniendo en cuenta las zonificaciones establecidas para los servicios sociales y sanitarios.

En los ECB participan, al menos, un profesional de cada CEAS, un sanitario y los trabajadores sociales de cada EAP, aunque en función de los casos que haya que tratar, se pueden incorporar un profesional del ESM, un técnico de menores de la GTSS y otros profesionales implicados en el abordaje de problemas concretos.

Funciones

- Detectar y atender casos que precisen una respuesta conjunta de los servicios sanitarios y sociales, analizarlos en común y adoptar soluciones coordinadas, con una metodología de trabajo compartida, que es la gestión por procesos (tabla1).
- Intercambiar conocimientos sobre los servicios sociales prestados, así como la oferta y las normas técnicas de actuación de los servicios sanitarios sobre todo en relación con personas dependientes o en riesgo de serlo.
- Intercambiar conocimientos sobre los grupos formales e informales de apoyo, para incluirlos en los procesos de coordinación, favoreciendo la solución de problemas concretos.
- Elevar propuestas a los superiores inmediatos y plantear soluciones a otros órganos a través de la Comisión de Coordinación.
- Informar de las actividades a su Comisión de Coordinación a los profesionales, a las asociaciones y a los órganos de participación comunitaria, para que puedan efectuar aportaciones.

Figura 1. Sociodemografía de Castilla y León



Extensión: 94.235 km², 9 provincias
 Población: 2.510.849 habitantes
 Densidad de la población: 27 hab/km²
 Municipios: 2.248, el 48% menos de 200 habitantes
 Mayores de 65 años: 22,5% (de éstos, el 30,6% tiene más de 80 años)
 Esperanza de vida: 81,8 años. (85 M y 78,7 H)
 Esperanza de vida libre de incapacidad: 80,5 M y 74,5 H
 El 21,6% de mayores de 65 años viven solos y el 44% en pareja
 En mayores de 80 años, el 51,8% tiene alguna discapacidad
 En 2009 había 960 personas mayores de 100 años (225 H y 735 M)
 Las hospitalizaciones en mayores de 75 años se han duplicado en los últimos 10 años

- Para desempeñar estas funciones, que deben compatibilizarse con la actividad propia del puesto de trabajo, los ECB disponen del apoyo, la tutorización y la orientación de la Comisión de Coordinación, así como del apoyo de todas las administraciones, organismos e instituciones de acción social y de salud.

Organización

Los ECB establecen fórmulas para autogestionar sus actividades, la documentación y la comunicación interna y externa, reuniéndose como mínimo cada 2 meses. Los acuerdos se realizarán por unanimidad o consenso, con una posición favorable de los miembros cuya actuación profesional pudiera verse afectada.

Metodología de trabajo y herramientas para la práctica

La gestión por procesos es la metodología de trabajo de los programas y actividades de coordinación sociosanitaria, porque permite realizar un trabajo integrado entre los servicios sociales y los de salud, produciéndose una sinergia que aumenta mucho la eficacia y la eficiencia de los servicios respecto a cuándo se prestan de forma independiente.

La guía de gestión de casos

Es el documento de trabajo multidisciplinar que utilizan los ECB para gestionar los casos sociosanitarios de especial complejidad. Comprende varias fases:

1. Captación del caso realizada por profesionales del CEAS o del EAP.
2. Valoración conjunta, en la que se pretende detectar las necesidades y problemas de la persona individual.
3. Plan de intervención consensuado con asignación de tareas a los diferentes miembros del ECB.
4. Seguimiento del caso por todo el equipo
5. Cierre de la guía, cuando se consiguen los objetivos, o si la persona se traslada de domicilio o fallece.

Gestión de la actividad sociosanitaria

Para gestionar la actividad sociosanitaria se ha diseñado un sistema de información al que se ha denominado GASS. Su puesta en marcha y la integración con sistemas de la gerencia regional de salud y de la gerencia de servicios sociales va a suponer la simplificación de los procesos y la normalización de la información gestionada, lo

Tabla 1. Casos con necesidades sociales y sanitarias tratados en los ECB

Casos en ECB	Casos complejos	Casos muy complejos con guía
Año 2007	431	142
Año 2008	762	435
Año 2009	932	318

que facilitará a los profesionales la detección de problemas, su análisis, la adecuación de la carga de trabajo y una evaluación continua de las actividades. El intercambio de datos entre el GASS y el resto de aplicaciones sanitarias y con las aplicaciones de servicios sociales va a ser posible a través de los servicios de integración, que ya tienen definido el cronograma de implantación a lo largo de 2011.

Respetando la Ley Orgánica de Protección de Datos y la normativa de la historia clínica electrónica, se estructura en los siguientes módulos:

- Gestión de perfiles, que permite administrar la información por los actores implicados (Servicio de Coordinación, comisiones de coordinación y ECB).
- Actas de las reuniones.
- Gestión de casos con problemas de salud y sociales.
- Guías de gestión compartida para casos de especial complejidad.
- Módulo de explotación de datos que, en base a la definición de indicadores, sirva de ayuda en la toma de decisiones.

Algunas experiencias de coordinación

La coordinación sociosanitaria es necesaria fundamentalmente en pacientes pluripatológicos dependientes, pacientes terminales con cuidados paliativos, personas con trastorno mental grave y prolongado, grandes discapacitados físicos o psíquicos, enfermos con patología dual y pacientes con patología crónica discapacitante (tabla 2).

Para prestar atención integral a estas necesidades, se han implementado varias actuaciones:

- Mejora de procedimientos como el informe médico único para todas las prestaciones del sistema de servicios sociales.



► Portada *Guía para la gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria*

Tabla 2. Aportaciones de la coordinación sociosanitaria

A la atención	A la intervención
EFICACIA, que garantiza la continuidad de cuidados y de las actividades	RIGOR METODOLÓGICO: la gestión por procesos
SOSTENIBILIDAD, optimizando servicios y recursos	INTEGRALIDAD: se cura, pero también se cuida, se inserta y se socializa
CONOCIMIENTO de lo que se necesita, cómo y dónde	ROMPE LA ASISTENCIA BIOLOGICISTA: se asiste, pero también se intenta modificar la situación
	EFFECTIVIDAD: mejores resultados en adherencia terapéutica y prevención de complicaciones

Para saber más:

<http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales>

EN CASTILLA Y LEÓN EXISTE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL BASADO EN LA COORDINACIÓN ENTRE DOS REDES ASISTENCIALES AUTÓNOMAS

- El protocolo de las actuaciones de las enfermeras de los EAP cuando aplican el baremo de valoración de dependencia (BVD) en pacientes incluidos en el programa de inmovilizados.
- Valoración del riesgo social al ingreso en el hospital para ofrecer una continuidad de cuidados al alta, que actualmente se está desarrollando en varias provincias de la comunidad.
- Creación de procesos integrados de atención. El proceso de detección precoz y atención a la hipoacusia infantil se puso en marcha en 2004 para toda la comunidad autónoma. Otros ejemplos más recientes son el proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con trastornos mentales, que lleva 2 años implantado, y el proceso de atención a personas dependientes, que integra el plan individual de atención (PIA) de los servicios sociales con el plan de cuidados en el domicilio, de los servicios de salud, que está en una fase inicial.
- Desarrollo de recursos que prestan atención integral, convergiendo dos sistemas que suman sus responsabilidades, como los centros residenciales para personas con enfermedad mental, también llamados minirresidencias.

Otros protocolos y actividades de intervención conjunta sanitaria y social que se están llevando a cabo son:

- Atención temprana a la discapacidad.
- Aplicación coordinada de la ley de dependencia
- Prestación farmacéutica en centros residenciales.

- Programa de psiquiatra consultor en centros de discapacidad.
- Atención sanitaria en centros de menores infractores.

Claves para el futuro

Tomando como referencia la normativa estatal y la de Castilla y León, la coordinación sociosanitaria pretende avanzar, con objetivos ambiciosos, según los principios de:

- Atención integral centrada en la persona.
- Continuidad de cuidados mediante la coordinación entre niveles asistenciales y entre los sectores sanitario y social.
- Igualdad y equidad con perspectiva de género.
- Accesibilidad a los recursos.
- Calidad de la atención.

Líneas estratégicas del III Plan Sociosanitario de Castilla y León

1. Atención a las personas dependientes en el domicilio familiar.
2. Atención a las personas que viven en centros residenciales.
3. Atención a colectivos en situación de vulnerabilidad.
4. Potenciar y desarrollar la coordinación sociosanitaria, mediante la creación de recursos de media y larga estancia y flujos de financiación intersistemas.
5. Comunicación y sistemas de información.
6. Formación conjunta de los profesionales y desarrollo de la investigación.

En resumen

En Castilla y León existe un modelo de atención integral basado en la coordinación entre dos redes asistenciales autónomas, los servicios sociales y los servicios de salud. Por tanto, no hay servicios, recursos o centros sociosanitarios, sino recursos de cada sistema de atención que, mediante acuerdos, dan prestaciones sociales y sanitarias integradas. A este modelo de atención le llamamos Coordinación Sociosanitaria.