

# LA UNIDAD SOCIOSANITARIA DE CARÁCTER PÚBLICO EN CENTRO RESIDENCIAL DE SERVICIOS SOCIALES: UN NUEVO RECURSO

## INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos que ocupa la atención y preocupación de expertos, políticos y planificadores desde hace años es la coordinación sociosanitaria. En estos momentos, ya nadie duda que la coordinación de los servicios sanitarios y sociales sea una necesidad ineludible.

El Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España, publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en diciembre 2011, en sus conclusiones finales afirma que para poder hacer efectiva la coordinación sociosanitaria deben existir documentos técnicos de consenso, se han de elaborar normas reguladoras y estructuras de gobierno que la favorezcan, así como programas asistenciales y recursos que den respuesta a las demandas emergentes.

Pero la correcta atención sociosanitaria a las personas dependientes y con patologías crónicas exige la garantía de continuidad en los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios.

La atención primaria, los hospitales y los servicios sociales son interdependientes y por tanto es necesario buscar y compartir fórmulas coordinadas en la atención de los problemas de salud específicos.

El desafío al que se enfrenta el sistema sanitario y social de Castilla y León es garantizar la doble dirección y la continuidad de los cuidados a través de un modelo flexible que sea capaz de responder a las necesidades de las personas a lo largo de todo el proceso asistencial. Es necesario que nuestros sistemas cambien el modelo de atención actual centrado en el episodio agudo a un modelo centrado en el paciente y su familia, que permita una valoración integral del usuario, que garantice el abordaje interdisciplinar y que dé prioridad a la calidad de vida y a la calidad de la atención. Es necesario, por lo tanto, crear nuevas fórmulas de atención más adecuadas a las nuevas necesidades de las personas y que garanticen esta continuidad y calidad de la atención.

La estrategia de Atención al Paciente crónico surge para dar respuesta a las necesidades de los pacientes que no siempre encuentran una respuesta ágil a sus complejas necesidades en el modelo sanitario actual, caracterizado por un alto nivel de especialización en la atención e integrado, donde la coordinación entre niveles asistenciales es imprescindible y donde la

familia o los cuidadores informales cobran un papel relevante; un sistema donde el profesional “individual” no es suficiente, donde el curar no es objetivo prioritario, y empieza a serlo el cuidar, el mantener, el apoyar, el mejorar la calidad de vida de pacientes y familias y donde cobra valor “el equipo multidisciplinar”; un modelo capaz de responder a las necesidades plurales de las personas con enfermedades crónicas y pluripatologías.

Dar una respuesta global al reto de la cronicidad exige pues reconfigurar el modelo de atención a los pacientes de manera que se asegure la continuidad asistencial entre las diferentes estructuras que prestan servicios y la gestión integrada de la atención, adaptando el nivel de cuidados que se les presta a las características propias de la persona y al grado de avance de la enfermedad, en coordinación con los servicios sociales.

Potencialmente, activar la atención sociosanitaria, sobre todo tal como la hemos definido en Castilla y León, es decir la que se articula mediante la integración de prestaciones del sistema sanitario y social para atender a una misma persona, implica, además de una mayor calidad de la atención dada, una mejora en la utilización de los recursos públicos.

La prolongación inadecuada de las estancias hospitalarias una vez concluido el objeto del ingreso, (estabilización, recuperación del estado premórbido) se traduce en un ineficiente uso del mismo con repercusiones para el paciente puesto que favorece la institucionalización y disminuye la calidad percibida, y para la propia institución puesto que supone un aumento de costes y bloqueo de los dispositivos.

El mejor servicio que se puede prestar a los ciudadanos en la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran los pacientes/demandantes de servicios sociosanitarios, es que la administración actúe de forma proactiva y sea capaz de acompañarles a través de todo el proceso, desde el ingreso en una unidad de agudos hasta la finalización en un recurso de carácter social, si procede.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE CONVALECENCIA SOCIOSANITARIA**

### **1.- CARÁCTER PÚBLICO DE LAS UNIDADES DE CONVALECENCIA SOCIOSANITARIAS**

Las Unidades de Convalecencia Sociosanitarias de carácter público, son un nuevo recurso que nace del Protocolo en materia de Coordinación entre la Consejería de Sanidad, la Consejería de Familia e igualdad de oportunidades y la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León y en algunos casos con las corporaciones locales competentes en servicios

sociales, con el fin de dotar a las residencias de personas mayores de una Unidad de carácter sociosanitario (autorizada por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad), para prestar atención sanitaria adecuada a sus necesidades y vigilancia durante la convalecencia y la atención social correspondiente a las necesidades de cada caso.

La gestión de las unidades se realizará conjuntamente entre ambas Gerencias y la Corporación Local correspondiente, en su caso.

## **2.- DEFINICIÓN DE UNIDAD DE CONVALECENCIA SOCIOSANITARIA**

Se denominarán Unidades de Convalecencia Sociosanitarias aquellas instalaciones y servicios de carácter temporal, que habiendo obtenido la autorización de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, están destinados a la atención de personas en situación de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria como consecuencia de procesos crónicos de enfermedad y/o patologías generalmente asociadas al envejecimiento, ya diagnosticados y estabilizados, pero que debido a un proceso agudo o a una descompensación de sus procesos crónicos presentan una falta de autosuficiencia, necesitando cuidados sanitarios médicos y de enfermería y vigilancia durante la convalecencia, así como los cuidados personales asociados a su falta de autonomía. El personal que presta los cuidados de enfermería tendrá dotación presencial permanente.

La unidad tipo de atención sociosanitaria contará con los locales, instalaciones y equipamientos necesarios para el desarrollo de la actividad.

Asimismo, tendrá asignado el personal sanitario y no sanitario, en número y cualificación profesional que se determina en el Anexo I.

## **3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Son susceptibles de ser atendidos en estas unidades pacientes en situación de dependencia y sin suficiente soporte social, que respondan al siguiente perfil:

Persona en situación de salud frágil e inestable con pluripatologías crónicas ligadas o no al envejecimiento que presentan frecuentes descompensaciones o bien secuelas que originan una situación de grave discapacidad física, que limitan severamente su autonomía, con necesidad diaria de cuidados asistenciales médicos y/o de enfermería o bien que se encuentran en fase de recuperación tras el alta de un ingreso hospitalario por un proceso agudo, y con pérdida de autonomía potencialmente recuperable que pueden beneficiarse de un tratamiento de rehabilitación integral. Se proporcionarán terapias rehabilitadoras para conseguir la recuperación funcional que les permita mejorar su calidad de vida y su autonomía personal.

Personas susceptibles de ingreso en estas unidades:

1. Personas con incapacidad funcional severa establecida que dificulta las actividades básicas de la vida diaria, independientemente de la causa y sin posibilidad de mejora, y que precisan cuidados médicos y/o de enfermería de mayor intensidad que los prestados en domicilio.
2. Personas con incapacidad funcional secundaria a procesos neurológicos (ictus, Parkinson, neuropatías), traumatológicos (artroplastia de cadera, rodilla, hombro, columna, inmovilismos traumáticos...), reumatológicos, cardiopatías o neumopatías susceptibles de mejora con tratamiento rehabilitador.

Además de estas características sanitarias, las personas candidatas, deben presentar siempre necesidades sociales. Se trata de personas en situación de dependencia de forma transitoria o definitiva (Índice de Barthel<50: dependencia moderada), que por razones de carácter social no pueden ser dados de alta o no se puede garantizar la continuidad de los cuidados en su domicilio por las siguientes causas:

- La intensidad de los cuidados que requiere la persona excede la capacidad del cuidador.
- El cuidador no puede seguir atendiéndolo por enfermedad / fallecimiento / claudicación.
- La vivienda presenta barreras arquitectónicas que impiden la accesibilidad y/o hacen imposible la prestación de cuidados o se encuentra en situación deteriorada o ruinosas que impide la habitabilidad.

Las personas que cumplan los requisitos mencionados, con carácter previo a su ingreso en la Unidad de Convalecencia sociosanitaria deberán aceptar las condiciones reguladas en las normas de funcionamiento que el Sistema de Servicios Sociales de Castilla y León, tiene establecido para todos los recursos de su red, y que son fundamentalmente, aportar la información solicitada para completar el expediente de dependencia y aceptar el copago del recurso por las prestaciones/ servicios de carácter social.

#### **4.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Personas con patologías agudas, subagudas o complejas que precisen la asistencia sanitaria en un hospital de agudos o de subagudos.
- Personas con patologías psiquiátricas en fase de desestabilización que requieran asistencia en un dispositivo específico
- Personas con patologías que puedan tratarse de manera ambulatoria o en domicilio por el personal sanitario de los Equipos de Atención Primaria y que no precisen la presencia continuada de personal sanitario.
- Personas con necesidades exclusivamente de carácter social.

- Personas con necesidades de carácter exclusivamente sanitario.
- Personas con enfermedades en fase terminal que precisen de cuidados paliativos más complejos.
- Personas que precisen medidas especiales de aislamiento o control.
- Personas que cumpliendo las características para ingresar en estas unidades, su pronóstico de estancia sea inferior a 30 días.
- Personas con deterioro cognitivo que vengan acompañadas de graves alteraciones de conducta (conductas agresivas y desadaptadas graves).

## **5.- DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CONVALENCIA SOCIOSANITARIA**

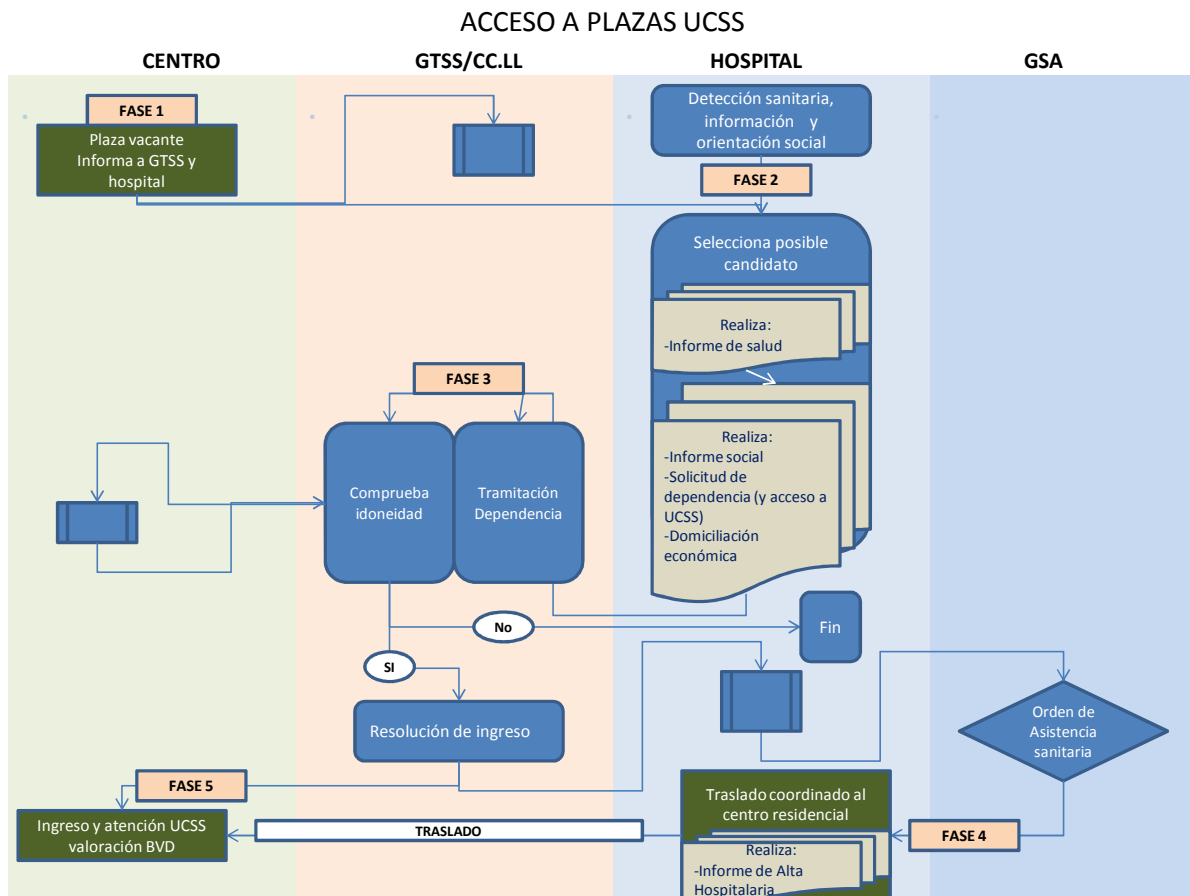
El tiempo de permanencia en la unidad será de 2 meses. Este tiempo puede ser ampliado por periodos no superiores a 1 mes, completando un total de 4 meses.

## **6.- PROCESO DE ACCESO, ATENCIÓN Y ALTA EN LA UNIDAD DE CONVALENCIA SOCIOSANITARIA**

Una unidad de estas características, en la que intervienen distintos sistemas asistenciales autónomos, pero en la que la persona necesita recibir las prestaciones como un todo integrado, solo puede garantizar una atención de calidad mediante un proceso asistencial bien definido. En el proceso intervienen: el centro residencial y la Gerencia Territorial de Servicios Sociales y la Corporación Local correspondiente, en su caso, por un lado, y el hospital y la Gerencia de Salud de Área, por otro.

### **6.1.- El Acceso a la Unidad**

El proceso general de acceso será el siguiente:



### FASE 1.- Información de plazas vacantes

El proceso se inicia con la información que facilita el centro residencial, de forma simultánea, al hospital asignado al centro y a la GTSS y la Corporación Local correspondiente, en su caso, de la existencia de una plaza vacante. Si la vacante se produce por un alta programada en la unidad, la comunicación se realizará con antelación suficiente (15 días).

### FASE 2.- Selección de posibles candidatos

El hospital seleccionará un posible candidato de entre aquellos en los que haya detectado que se dan los requisitos sanitarios y sociales exigidos y al que habrá facilitado la información necesaria y orientación sobre el proceso. (Ficha de acceso a las UCSS).

El hospital elabora el informe de salud y el informe social, ambos según los modelos normalizados que se incorporan como anexos a este documento. Y obtiene del solicitante los siguientes documentos cumplimentados y firmados:

- Solicitud de dependencia incluyendo la solicitud de acceso a la UCSS (anexo C)
- Domiciliación de la aportación económica.

Remite toda la documentación, por correo electrónico a la GTSS/ Corporación Local, en su caso.

La GTSS/CC.LL verifica la idoneidad del candidato. Si considera que no cumple el perfil social exigido, devuelve las actuaciones al hospital a fin de que éste seleccione otro candidato.

### **FASE 3: Tramitación administrativa del acceso**

Verificada la idoneidad del candidato propuesto, se lo comunica por correo electrónico al hospital y al Centro Residencial; tramita la solicitud de dependencia que proceda (solicitud inicial, revisión de grado, modificación de prestación), comprueba la capacidad económica del solicitante y emite la resolución de ingreso. En caso de pertenecer el centro residencial a una corporación local, una vez remitida toda la documentación a la corporación local y esta considerarla idónea, emitirá la resolución de ingreso.

El hospital, por su parte, tramita la orden de asistencia sanitaria a la GSA; comunica a los familiares la fecha del alta y los útiles, ropa, etc. necesarios para el ingreso en el centro. En la fecha fijada para el traslado, emite el informe de alta hospitalaria y comunica a la Gerencia de Área el traslado al centro residencial.

### **FASE 4: Gestión del traslado/ingreso en la UCSS**

El interlocutor del hospital coordina el ingreso, que se realizará, preferentemente, por la mañana, entre las 10,00 y las 13,00 horas, de lunes a viernes. La persona se trasladará a la UCSS con el informe de alta y medicación necesaria para un día o hasta el siguiente día laborable.

En caso de necesitar transporte para el traslado, este se realizará a través de Sacyl.

Toda la documentación original recabada a lo largo del proceso: informe de salud, informe social, solicitud de dependencia, solicitud de acceso a la unidad (anexo C de la solicitud de dependencia) y domiciliación de la aportación económica, debe remitirse en papel a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales y a la corporación local. El valorador designado por la GTSS/CC.LL aplicará el BVD y el equipo mixto emitirá el dictamen técnico. A continuación se tramitarán las resoluciones que procedan por parte de la Sección de Prestaciones.

### **Priorización para el acceso**

Para la priorización serán determinantes los siguientes criterios:

- Menor apoyo social/familiar.
- Mayor necesidad de cuidados.

Estos criterios quedarán reflejados en el Informe Social.

Para optimizar los recursos disponibles se podrán atender excepcionalmente a usuarios de otras Áreas de salud/provincias cuando no haya solicitudes en esa Área. Estas solicitudes solo se remitirán ante la información de vacante sin lista de espera por parte de la GSA/GTSS/CC.LL correspondiente.

La Comisión de Coordinación de la Atención Sociosanitaria del Área de Salud será informada periódicamente de los casos remitidos a esta Unidad. Excepcionalmente, esta Comisión podrá derivar casos para su acceso a la unidad de convalecencia sociosanitaria, para lo cual se articulará un procedimiento de acceso.

## **6.2.- Proceso de atención en la unidad**

### **FASE 5: Tratamiento y seguimiento en la UCSS**

Una vez ingresado el paciente, se pondrá en marcha el plan de tratamiento y visitas de seguimiento, debiendo estar protocolizados cada procedimiento a seguir. Los protocolos deberán ajustarse a los estándares de las sociedades científicas, serán modificables en función de la evolución clínica del paciente y del avance científico y técnico y serán valorados por los Servicios de Inspección de Sacyl.

El seguimiento de la atención social se ajustará a lo dispuesto dentro del plan de inspección vigente, y estará en línea con lo exigido al resto del centro residencial y a la cartera de servicios del anexo II.

## **6.3.- Alta de la Unidad**

### **FASE 6: Alta programada en la UCSS**

15 días antes del alta de la UCSS se preparará la salida del centro y se comunicará al hospital y a la GTSS/CC.LL a efectos de tramitar un nuevo ingreso.

El médico del centro, si es público, o el médico de Sacyl, si es privado, emitirá informe de salud que refleje la situación actual del interesado.

En el caso en el que, desde el punto de vista sanitario, sea necesaria la prestación de servicios (continuidad de rehabilitación, cuidados sanitarios específicos,...) que eviten la interrupción del tratamiento, el médico del centro se pondrá en contacto con el responsable clínico del Equipo Directivo del Hospital para que se habiliten las medidas necesarias que garanticen la continuidad de la atención.



Por su parte, la Gerencia Territorial de Servicios Sociales revisará la situación de dependencia a través de un nuevo BVD. La aplicación del BVD será realizada por un técnico de la GTSS/CC.LL con apoyo de los profesionales de enfermería de la unidad. Antes del alta se emitirá dictamen técnico.

Posibles situaciones:

- Que la persona se haya recuperado y no sea dependiente. El médico de la Unidad responsable del enfermo le informará a él y a la familia sobre su situación sanitaria y la fecha prevista del alta médica.  
La Gerencia de Servicios sociales realizará nueva Resolución de no dependencia.
- Que la persona sea dependiente sin derecho a prestación, de acuerdo con la normativa
  - Cuenta con apoyo social. Si la persona cuenta con apoyo social, familiar o económico, el profesional de trabajo social le informará de las alternativas existentes para su caso a través del CEAS correspondiente a su domicilio. Se emitirá informe sobre la situación de salud en modelo normalizado de dependencia con el que la Gerencia de Servicios Sociales podrá realizar nueva Resolución de grado de dependencia. En caso de que anteriormente contase con recursos de apoyo en el domicilio (ayuda a domicilio, centro de día, etc.), el profesional de trabajo social establecerá los contactos necesarios para posibilitar la reanudación de los servicios que disfrutaba, si procede.
  - Sin apoyos sociales. Se realizará nueva Resolución de grado. Se tratará como un caso de prioridad social. El profesional de trabajo social se pone en contacto con la Gerencia Territorial de Servicios Sociales y la Corporación local, en su caso, que se encargarán de la búsqueda del recurso necesario. El alta de la unidad se corresponderá con el ingreso en una plaza de la red de responsabilidad pública de servicios sociales. Desde la fecha en que se reconozca por la Gerencia de Servicios Sociales la prioridad social hasta el ingreso en dicha plaza no podrá transcurrir un periodo superior a siete días.
- Que la persona sea dependiente con derecho a prestación. La GTSS emitirá nueva resolución de grado.
  - Cuenta con apoyo social. Solicitará cambio de prestación al alta, pudiendo solicitar la prestación que tuviese concedida anteriormente, si fuese adecuada. Si además desea solicitar plaza de centro de día o de residencia de carácter público, se le informará sobre el procedimiento y se le ayudará a cumplimentar la documentación necesaria para su tramitación. Si la persona vuelve al domicilio, el profesional de trabajo social comunicará esta circunstancia al CEAS correspondiente.
    1. Si vuelve al domicilio y solicita la ayuda a domicilio, en tanto se tramita el cambio de prestación, podrá adquirir el servicio privado de ayuda a domicilio

y costearlo con la prestación vinculada, que recibirá una vez tramitado el expediente, con efectos desde la solicitud del cambio de prestación.

2. Si vuelve al domicilio y solicita cuidados en el entorno, cuando se resuelva, se hará con efectos de la fecha de solicitud de cambio de prestación. (Nota: si antes del ingreso en la UCSS no recibía esta prestación o su efectividad se encontraba en suspenso, el cambio de prestación también quedará en suspenso hasta su incorporación a la nómina mensual).
3. Si solicita la ayuda vinculada para otros servicios, ésta se resolverá igualmente con la fecha de efectos de la solicitud de cambio de prestación. En este caso, el profesional de trabajo social, en contacto con el CEAS, los días previos al alta de la Unidad, asesorará a la persona y a su familia respecto a las alternativas disponibles.

— Sin apoyo social. Solicitará cambio de prestación al alta de la Unidad.

El profesional de trabajo social comprobará si con sus ingresos y la ayuda vinculada que le corresponda puede costear una plaza adecuada en la red privada. En ese caso le facilitará las distintas alternativas para comprar el servicio.

En caso de que la persona no pueda costear con sus ingresos y la ayuda vinculada una residencia privada, estaríamos ante un caso de prioridad social, por lo que el profesional de trabajo social de la unidad se pondrá en contacto con la Gerencia Territorial y la Corporación Local, en su caso, para iniciar el proceso de prioridad social.

### **Alta no programada**

Si la persona solicitara el alta voluntaria antes de su recuperación, el profesional de trabajo social le informará sobre su situación de dependencia. Si es dependiente con derecho a prestación, solicitará cambio de prestación. Si desea un recurso de la red privada se le informará respecto a las alternativas para comprar el servicio en la red privada.

### **6.4.- Tramitación de prórrogas**

Cuando una persona vaya a agotar el tiempo de permanencia en la unidad y se considere necesaria la concesión de una prórroga, será necesario presentar en la GSA el documento de solicitud de prórroga realizado por el facultativo responsable de la Unidad de Convalecencia Sociosanitaria a la que se acompañará un informe clínico en el que conste una evaluación detallada del paciente y la causa que justifica la solicitud, una vez evaluada la solicitud será autorizada por el Jefe de División de Asistencia Sanitaria, quien podrá solicitar informes

complementarios a la Unidad y si lo considera oportuno informe realizado por un médico de Sacyl que será determinado por la propia Gerencia de Salud de Área.

## **PARTICIPACIÓN ECONÓMICA**

Todos los usuarios participarán en la financiación del coste de los servicios de carácter social (gastos de hostelería y cuidados personales) de las plazas de la Unidad de acuerdo con el copago establecido para los usuarios de plazas en centros residenciales para personas mayores, dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La participación económica mensual de los usuarios se calculará como resultado de aplicar el DECRETO 70/2011, de 22 de diciembre, por el que se establecen los precios públicos por servicios prestados por la Administración de la Comunidad de Castilla y León en el ámbito de los Servicios Sociales, publicado en BOCYL de 5 de enero de 2012. Para el cálculo se estará a lo recogido en este Decreto para estancias residenciales temporales. Para el cálculo de la capacidad económica se tendrá en cuenta el art. 32 de la Orden FAM/644/2012, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales. En el caso de que el ingreso se realice en un centro de una Entidad Local que no se haya acogido a la normativa antes citada, la participación económica se calculará en base al propio reglamento de la Corporación Local.

La información sobre la aportación económica por los servicios de carácter social, se realizará sobre la base de las cuantías que sean facilitadas por la persona o su entorno cuando no sea posible obtenerla de las bases de datos que obran en poder de la administración. Para facilitar estas tareas, se dotará a los profesionales encargados una calculadora que contiene las reglas de copago. Esta operación deberá ser previa a que la persona firme la domiciliación bancaria.