



Cristina Rodríguez Caldero y Ana Melgosa Arcos, durante las IX Jornadas de la Fundación Signo en Palma de Mallorca.

Guía para la gestión de casos sociosanitarios de Castilla y León, una herramienta para la práctica

Rodríguez Caldero MC, Melgosa Arcos A,
Sánchez Hernández MS

Servicio de Coordinación Sociosanitaria.

Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación.

Consejería de Sanidad de Castilla y León. Valladolid.

Dirección para correspondencia: rodcalma@jcy.es

Resumen

Las estructuras de coordinación sociosanitaria de Castilla y León fueron creadas en 2003 para facilitar la cooperación entre los sistemas sanitario y social, en aquellas personas con necesidad de atención por ambas redes, lo que va a permitir que reciban la respuesta asistencial más correcta y adecuada en cada momento. Las estructuras que realizan la atención directa a los ciudadanos son los Equipos de Coordinación de Base (ECB). Actualmente, existen 187 equipos conformados por profesionales de los equipos de Atención Primaria y de las zonas básicas de acción social, aunque pueden participar otros profesionales relacionados con el problema concreto a tratar.

La *Guía para la gestión compartida de casos* es el documento que utilizan los ECB para trabajar de forma integrada y conjunta los casos sociosanitarios de especial complejidad. Es una herramienta de trabajo multidisciplinaria para prestar atención individual, pero no es adecuada en la atención a familias ni a otros grupos. Está indicada en la atención a personas con problemas de salud y sociales que crean alarma social o sanitaria, necesitan atención muy intensa como los grandes dependientes, en descompensaciones de la enfermedad mental grave y prolongada, casos de maltrato en colectivos especialmente vulnerable, etc. La metodología de trabajo es la gestión por procesos, que comprende la captación del caso por los profesionales de salud o de los servicios sociales, la realización de una valoración conjunta analizando las necesidades y problemas de salud (médico), de cuidados (enfermera) y la situación sociofamiliar (trabajadores sociales), un plan de intervención compartida, el seguimiento y el cierre del caso, cuando se consiguen los objetivos, o bien si la persona se desplaza, fallece o no admite la intervención. La guía se ha ido modificando con las aportaciones y el consenso de los profesionales, a la vez que se realizaba formación sucesiva y continuada para facilitar su manejo, de manera que su utilización se ha consolidado, aunque no de forma homogénea. Se han trabajado más de 850 casos con este documento, de los que el 43% corresponde a personas con enfermedad mental.

La guía es un documento fiable y válido para la gestión de casos sociosanitarios complejos. Utilizada por profesionales de Atención Primaria de dos Administraciones diferentes, exige un trabajo muy minucioso, motivo por el que los profesionales son reacios a usarla, pero cuando se familiarizan con su manejo, es valorada positivamente por su utilidad y por la oportunidad de realizar un trabajo conjunto y coordinado.

Palabras clave: Guía, Gestión compartida, Casos sociosanitarios, Herramienta para la práctica.

Guide for management of healthcare cases from Castilla y León. A tool for practice

Abstract

Structures of healthcare coordination in Castilla y León were created in 2003 in order to facilitate cooperation between medical and social systems in those people who need attention from both of them, and that will allow a correct and suitable assistance every time. The structures offering direct attention to citizens are Base Coordination Teams (BCT). Currently there are 187 teams made by teams of primary care professionals and basic zones of social action, although related professionals can participate in solving the specific problem.

The guide for shared management of Cases is the document that the BCT, to work in an overall and integrated way healthcare cases of special complexity. It is a multidisciplinary working tool to offer individual attention but it is not adequate for attention to families or other groups. It is indicated for attention to people with health and social problems creating social or medical alarm who need an intense attention like people with high dependencies, severe and prolonged mental illness, collective mistreatment especially vulnerable, etc. The working method is the management by processes that includes: case reception by health professionals or social services, making a evaluation analyzing needs and health problems (general practitioner), care (nurse) and family situation (welfare worker), a plan of shared intervention, monitoring and case finalization, when goals are achieved, or if the person moves somewhere else, dies or does not want intervention. The guide has continuously been modified with contributions and professionals consensus, while new formation was been done in order to facilitate the management, so it the use of this guide has been consolidated but not homogenously. More than 850 cases have been worked with this document, and 43% were people with mental illness.

The guide is a valid and reliable document for management of complex healthcare cases. Used by primary care professionals from two different administrations, requires a meticulous work, and that is why many professionals refuse to use it, but when they get used to it, is highly valued because of his usefulness and the opportunity of making a combined and coordinated work.

Key words: Guide, Shared management, Healthcare cases, Tool for the practice.

Introducción

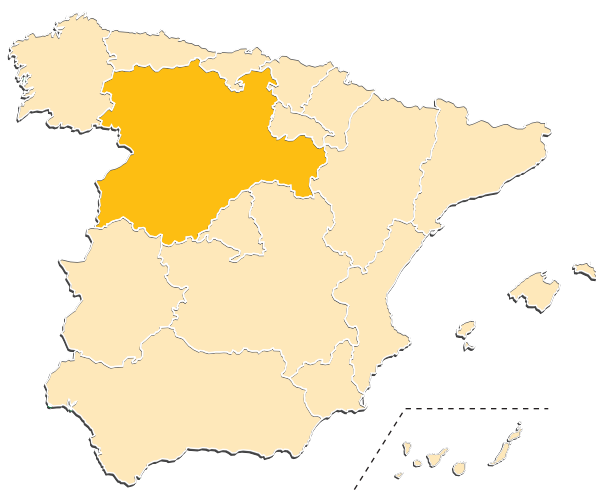
La sociedad de Castilla y León ha experimentado en los últimos años profundos cambios sociofamiliares, demográficos, sanitarios y económicos, que han dado lugar a nuevas necesidades que requieren actuaciones intersectoriales para la prestación de servicios eficientes y coordinados.

La raíz de muchos de estos cambios se halla en el aumento de la esperanza de vida (figura 1), junto con el deterioro físico de las personas mayores, así como en el aumento exponencial del número de enfermos crónicos y dependientes; todo ello debido a los avances experimentados en la atención sanitaria y en las prestaciones sociales, lo que alarga la vida de las personas que padecen trastornos degenerativos, neurológicos, enfermedad mental o de las que precisan de tratamientos crónicos, paliativos o de rehabilitación.

La asistencia de todas estas personas, con necesidades de atención compleja, desbordaba el marco de los tradicionales perfiles de usuarios de las redes sanitaria y social entendidas como redes aisladas. Este hecho llevó a la Junta de Castilla y León a definir un modelo de coordinación sociosanitaria¹ y a la creación de herramientas para la práctica, como la *Guía de gestión de casos*² y así ofrecer la atención integral precisa, en cada momento. Una atención integral que ya había recogido en el año 2003 la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud al incluir dentro del catálogo de prestaciones del sistema sanitario, la atención sociosanitaria.

El modelo de coordinación sociosanitaria en Castilla y León

La coordinación sociosanitaria abarca a los profesionales asistenciales de los



- Extensión: 94 235 km², nueve provincias
- Población: 2 510 849 habitantes
- Densidad de población: 27 hab/km²
- Municipios: 2248, el 48% de menos de 200 hab.
- Envejecimiento: 22,6 (16,9 en E)
- Sobreenvejecimiento: 34,2 (29,0 en E)
- Esperanza de vida en 2009: 82,5 años (79,5 H y 85,6 M)
- Esperanza de vida libre de discapacidad: 77,5 años (74,5 H y 80,5 M)
- El 7,4% de los mayores de 65 años viven solos

Fuente: Elaboración propia con datos del INE de 2010.

Envejecimiento es el porcentaje de las personas de 65 años y más, respecto del total de la población.

Sobreenvejecimiento es el porcentaje de 80 años y más, en el colectivo de más de 65 años.

Figura 1. Sociodemografía de Castilla y León

servicios de salud y de los servicios sociales, pero también a las estructuras gestoras y directivas, y se expresa como fruto de acuerdos políticos en los Planes Sociosanitarios de Castilla y León³. Este modelo de atención, que se basa en la coordinación entre dos redes asistenciales autónomas, está dotado de instrumentos normativos negociados entre el Sistema de Salud y el de Servicios Sociales, y tiene entre sus objetivos prestar una atención integral en aquellas situaciones que precisan de ambas redes asistenciales, a la vez que garantizar la continuidad de los cuidados en cualquier circunstancia.

En el año 2003 se crearon las estructuras de coordinación sociosanitaria mediante el Decreto 74/2000 para facilitar la cooperación entre los sistemas sanitario y social. Constituyen el armazón que hace posible el desarrollo de un modelo de atención compartido entre varias organizaciones, mediante:

- Un marco normativo común para las administraciones que intervienen.
- Una metodología de trabajo compartida: la Gestión por Procesos.
- Un plan de formación y capacitación conjunta de los profesionales, así como el fomento de la investigación en atención sociosanitaria.
- El diseño de herramientas para la práctica.

Los equipos de coordinación de base

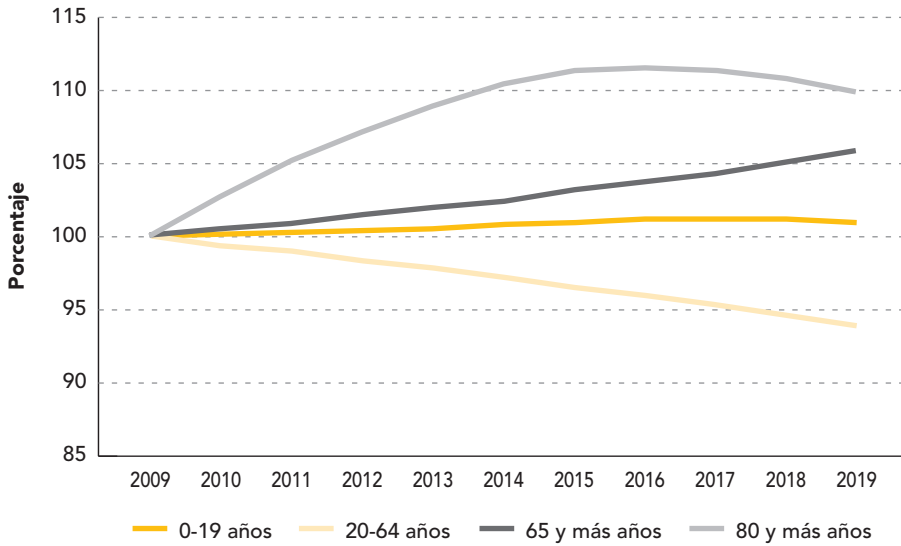
Son las estructuras de coordinación de primer nivel que realizan una atención directa a los ciudadanos⁴. Garantizan una gestión adecuada de los casos que requieren una prestación simultánea o sucesiva de servicios de salud y sociales, además de detectar las necesidades de mejora tanto de los procesos como de los servicios y los recursos. En la tabla 1 se muestra la actividad de los EBC desde el año 2007. Dando cobertura a toda la población en la que se prevé un envejecimiento progresivo (figura 2), actualmente existen 187 equipos con unos 1000 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. Actualmente existen en Castilla y León, 245 Equipos de Atención Primaria (EAP), 189 Centros de Acción Social (CEAS) y 36 Equipos de Salud Mental.

En los ECB participan al menos, un profesional de cada CEAS, un sanitario de cada EAP y los trabajadores sociales de los EAP, pero en función de los casos a tratar, se puede incorporar un profesional de los Equipos de Salud Mental y otros implicados en el abordaje de problemas concretos.

Los ECB establecen fórmulas para autogestionar sus actividades, la documentación y la comunicación interna y externa. Se reúnen como mínimo cada

Tabla 1. Actividad de los ECB

Casos en ECB	Casos complejos sin Guía	Casos muy complejos con Guía
Año 2007	431	142
Año 2008	762	435
Año 2009	932	318
Año 2010	921	230



Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, con datos del INE.

Figura 2. Proyección de la población en Castilla y León

dos meses y los acuerdos se realizan por unanimidad o consenso, pero con una posición favorable de los miembros cuya actuación profesional pueda verse afectada. Además de gestionar casos complejos, los ECB intercambian información sobre los recursos sanitarios y sociales para encontrar solución a los problemas percibidos y realizan actividades educativas conjuntas a grupos, según las necesidades detectadas: personas mayores, cuidadores, mujeres inmigrantes, etc., a la vez que participan en actividades comunitarias junto al sector educativo, deportivo, asociaciones y otras de interés para la promoción de la salud y el bienestar social.

La Guía de gestión de casos

¿Qué es?

- Es la herramienta de trabajo que utilizan los ECB (figura 3), para ges-

tionar casos sociosanitarios individuales y muy complejos de personas que viven en su domicilio. No es adecuada para tratar familias, ni



Figura 3. Guía de Gestión de Casos

otros grupos, de forma que cuando en una misma familia hay que prestar asistencia varios casos, es preciso realizar una guía a cada uno de sus miembros, pues la solución para una persona mayor va a ser de cualquier forma, diferente a la de un niño o un adulto.

- La metodología de trabajo es la gestión por procesos, como en todos los programas y actividades de coordinación sociosanitaria, porque permite realizar un trabajo conjunto e integrado que aumenta mucho la eficacia y la eficiencia de los servicios.
- Es un documento multidisciplinar que recoge la información que debe ser conocida y compartida por todos los miembros del equipo para que la intervención sea lo más acertada posible.
- Está preparada para ser utilizada por los profesionales del primer nivel de atención tanto de salud como de servicios sociales, aunque se puede adaptar para usar en el ámbito hospitalario.

¿Quién la utiliza?

- Los médicos/as, los enfermeros/as y los trabajadores sociales, fundamentalmente, aunque según la situación a tratar pueden participar otros profesionales: psicólogos, fisioterapeutas, odontólogos, podólogos, pedagogos, u otros que puedan aportar soluciones concretas a los problemas detectados.
- Es un instrumento multisectorial, es decir utilizado por profesionales de administraciones diferentes, motivo por el que no es fácil que cumpla las expectativas de todos. Los servicios sanitarios funcionan de forma diferente a los servicios sociales y

los profesionales deben intercambiar información para llegar a tener un lenguaje común que sea entendido por todos.

¿Cuándo se utiliza?

La Guía solamente debe utilizarse cuando es necesario, es decir, cuando las personas presentan de forma simultánea o sucesiva problemas de salud y problemas sociales muy complicados⁵. Sin embargo, no hay demora en el acceso a este servicio pues cuando los profesionales detectan una necesidad suelen empezar a intervenir de forma inmediata. La Guía debe recoger, en la medida de lo posible, los diversos factores que confluyen y la relación entre ellos, para encontrar soluciones; veamos algunos ejemplos:

- Cuando hay alarma social. Personas mayores que viven solas y acumulan basura en su domicilio dando lugar a malos olores o a la aparición de roedores, lo que crea gran malestar a los vecinos e incluso denuncias al juzgado.
- Cuando hay alarma sanitaria. Grupo de inmigrantes que viven hacinados en una vivienda que no reúnen condiciones de salubridad y una de las personas padece una tuberculosis bacilífera, lo que supone un riesgo importante para la salud de todos los convivientes.
- Grandes dependientes⁶ que necesitan cuidados intensos y complejos y sus cuidadores son muy ancianos o no prestan bien los cuidados. En ocasiones, los cuidadores están muy sobrecargados por falta de respiros y, también pueden claudicar por enfermedad, ingreso en hospital, etc.
- Personas con trastorno mental grave que no realizan el tratamiento

prescrito, o se descompensan porque fallecen los padres, no tienen recursos o presentan problemas de comportamiento.

- Personas que sufren maltrato y son especialmente vulnerables: ancianos, personas con discapacidad importante, niños sin escolarizar u otros.

¿Cuál es la metodología de trabajo?

La gestión por procesos está presente en la *Guía de gestión de casos* (figura 4), con una secuencia lógica en las diferentes fases de la atención. Lo prime-

ro de todo es la captación del caso por profesionales de los servicios sociales o bien de los sanitarios y, a continuación comienza ya el trabajo en equipo realizando una valoración conjunta entre todos los miembros del ECB para detectar las necesidades y problemas de la persona. Tras la puesta en común analizando todos los pormenores que son de interés para conocer a fondo la situación, se realiza un plan de intervención consensuado con asignación de tareas a los diferentes miembros del equipo. El seguimiento del caso, su cierre y la valoración global también se debe de realizar conjuntamente por los profesionales que forman el ECB.

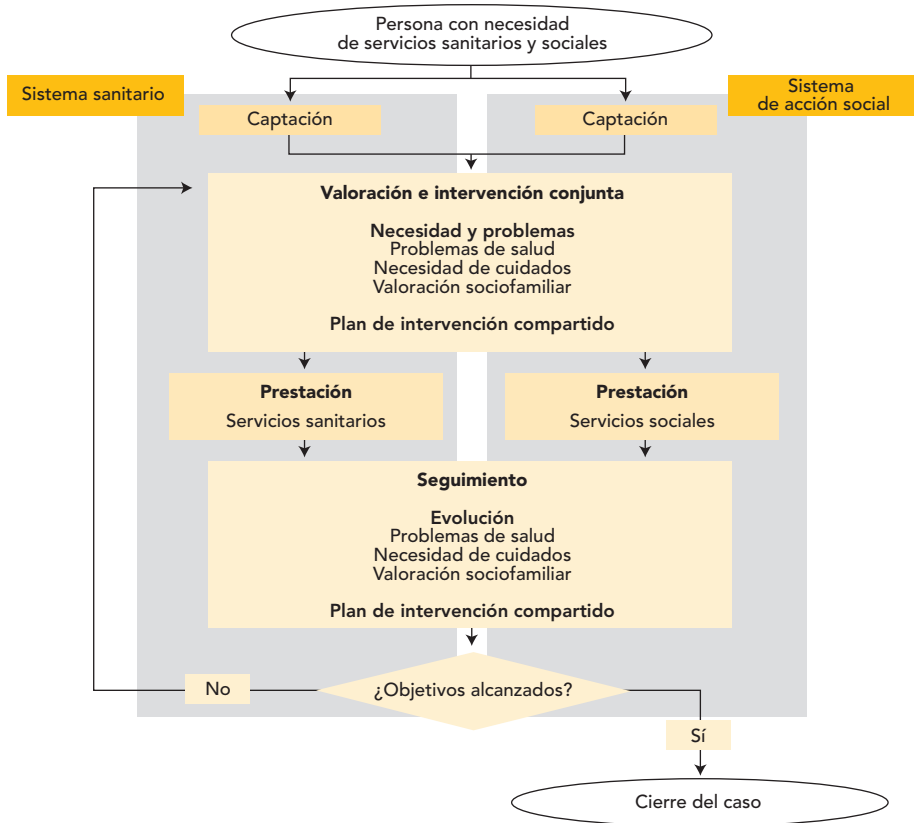


Figura 4. La Gestión por Procesos, metodología de trabajo de la Guía de Gestión de Casos

¿Cómo se realiza?

La Guía se realiza durante las reuniones que periódicamente mantiene el ECB, a las que acuden los profesionales que prestan la atención directa del caso sociosanitario, ya que son ellos los que mejor conocen los problemas de la persona en cuestión, teniendo en cuenta que cada profesional debe aportar la parte que le compete. Este documento no se ha diseñado para que cada profesional por su cuenta y sin conexión entre sí, vaya añadiendo información hasta completar todos los apartados. La Guía se completa con la presencia y la participación de todo el equipo y el resto de los profesionales incorporados al efecto.

Los profesionales que intervienen

son los miembros estables designados para constituir el ECB, entre los que se designará un profesional de referencia para el caso, y también el médico de familia correspondiente, la enfermera del paciente, el profesional del programa de apoyo a familias, etc. Todos intercambian la información que poseen sobre la persona, utilizando un código de caso, que asegura la confidencialidad de los datos. El código de la Guía está predeterminado y consta de dos letras que indican el área sanitaria, dos o tres letras que corresponden a un ECB concreto y un número que corresponde al orden cronológico en que se han tratado los casos. La Guía LE/RIA/12 correspondería a una persona del área de León, perteneciente al equipo de Riaño, concretamente al caso n.º 12.

La valoración médica. El médico del paciente aporta los problemas de que tienen interés para el estudio del caso en la actualidad, teniendo en cuenta que la Guía no es como una historia clínica de atención primaria que se continúa durante toda la vida de la persona, sino un documento de trabajo que

intenta resolver una situación problemática que aparece en un momento dado, así diagnósticos como una hipocusia acentuada, un dolor crónico o el insomnio nocturno son muy importantes en un gran dependiente, mientras que un deterioro cognitivo moderado es especialmente relevante en un cuidador. La Guía no es un compendio de datos, ni una acumulación mecánica de información, solo debe recoger de forma clara, concreta y entendible por todos, aquella información que deba ser conocida y compartida por todo el equipo, para orientar hacia una intervención lo más acertada posible. Por ejemplo puede ser de interés reflejar la excesiva frecuentación a los servicios de urgencias o reseñar por el contrario que el paciente no acude a las revisiones.

La valoración de Enfermería. El trabajo sistemático que aportan los patrones funcionales de Gordon, presentes en la Guía es fundamental para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la persona. La enfermera aporta datos independientes pero interactivos sobre los cuidados, que están relacionados con aspectos relevantes del paciente, tanto físicos, como psíquicos y del entorno. Si un paciente con trastorno mental grave no tiene conciencia de enfermedad y solo toma la medicación si se la preparan, es preciso conocer y supervisar minuciosamente la tarea del cuidador principal y lo mismo será necesario realizar si el caso es un paciente con una diabetes insulino dependiente a la vez que un enfermo de Alzheimer, por ejemplo.

Patrones funcionales que aparecen en la Guía:

- Percepción-manejo de la salud.
- Nutricional metabólico.
- Eliminación.

- Actividad-ejercicio.
- Sueño y descanso.
- Patrón rol-relaciones.

En ocasiones hay que anotar otros datos que pueden ser de interés para la intervención, como algunos diagnósticos de Enfermería que pueden llevar aparejados otros, por ejemplo un deterioro de la integridad cutánea puede conllevar riesgo de infección y según la situación de la persona puede ser necesario realizar el test de Barthel que también está incluido en la Guía.

La valoración social es fundamental para resolver el caso⁷. Los trabajadores sociales son los encargados de aportar los datos que se relacionan con la situación sociofamiliar (figura 5), estos son, la unidad de convivencia, la situación de la familia, las relaciones vecinales; así como la situación económica

de la persona y su familia, las posibilidades de trabajar, las características de la vivienda, las redes de apoyo que tiene y los servicios sociales que recibe. La realidad de nuestra comunidad⁸ es, un hábitat envejecido, rural, disperso y poco denso. Los mayores de 80 años presentan un porcentaje de discapacidad del 51,8% y muchas personas mayores viven solas. Si a esta situación de envejecimiento y dispersión, se añade que muchos municipios, están en zonas de montaña, con mal acceso en invierno y alejados de núcleos grandes de población, se comprenden las dificultades para proporcionar servicios de apoyo domiciliario siempre que se necesitan.

El plan de intervención. Tras el estudio de los problemas detectados, el equipo trabajará conjuntamente para tratar de equilibrar las necesidades y demandas, con las posibilidades y capacidades que aporta la coordinación

Valoración social y familiar					
Reconocimiento de dependencia	No <input type="checkbox"/>	En trámite <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Grado:	Nivel:
Está incapacitado legalmente	No <input type="checkbox"/>	En trámite <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Tiene autor	No <input type="checkbox"/>	En trámite <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Tiene incapacidad laboral reconocida	No <input type="checkbox"/>	En trámite <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>	Absoluta <input type="checkbox"/>
Tiene minusvalía reconocida	No <input type="checkbox"/>	En trámite <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Grado:	A.T.P. (puntuación):
Convivencia					
Tiene domicilio estable	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especificar:		
Indicar con quién vive					
Tiene cuidador	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especificar:		
El cuidador: Tiene conocimientos para el cuidado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Dispone de tiempo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Se siente apoyado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Otros apoyos familiares y/o informales. Especificar:					

Figura 5. Valoración social y familiar en la Guía de gestión de casos

entre profesionales. Se tendrán en cuenta los recursos disponibles y la opinión de las personas afectadas y sus familias, conjugándose las aportaciones de ambos Sistemas, los servicios privados e incluso los informales y familiares para solucionar o mejorar en lo posible la situación. Las opciones deben ser concretas:

- Permanencia de la persona en el domicilio.
- Buscar un alojamiento alternativo al domicilio donde se puedan prestar las atenciones necesarias.
- Establecer una secuencia comenzando por la atención en el domicilio, pero preparando otro alojamiento a medio o largo plazo.

Seguimiento y valoración global. El seguimiento debe ser limitado en el tiempo. Se irán anotando en las sucesivas reuniones el resultado de las diferentes tareas asignadas a los miembros del equipo, a la vez que se realiza una reevaluación de la situación, se modifica el plan de intervención si es preciso y se efectúa una evaluación global del caso con la escala de mejor-igual-peor. En la guía se reflejará igualmente si no existe el recurso idóneo para resolver el problema concreto de una persona, al igual que si hay lista de espera o se están haciendo los trámites oportunos. En cada sesión de seguimiento conviene señalar la fecha de la próxima reunión para la revisión del caso.

Cierre de la Guía. Indica que el trabajo conjunto en un caso concreto y para el problema por el que se captó, ha terminado. Los diferentes motivos son:

- Se consiguió el objetivo de permanencia en el domicilio con unos servicios normalizados, aunque tengan que seguirse prestando servicios sanitarios y sociales, pero ya no

se requiere una coordinación especial.

- La persona cambia de domicilio y queda fuera del ámbito geográfico del ECB.
- Ingreso en una residencia pública o privada.
- Fallecimiento de la persona.
- Cuando ni la persona, ni su familia admite la intervención de los profesionales.

Algunos resultados

En la evaluación de cinco años realizada hasta el 2010 se han contabilizado 863 guías, de ellas 388 son hombres y 475 son mujeres (figura 6). La edad media de los casos con guía es 58,9 años (figura 7). Otros datos son:

- Padecen enfermedad mental el 43% y presentan pluripatología orgánica el 35%.
- No tienen conciencia de enfermedad el 60% y padecen deterioro cognitivo 46%.
- El 48% tienen el test de Barthel realizado (con una media de 70 puntos)
- Viven con una familia cuidadora el 37%.
- Tienen una vivienda inadecuada el 33%.
- El 30% han necesitado una intervención compleja para llegar a aceptar la prestación.

En abril de 2011 hay 550 guías abiertas, estimándose un tiempo medio para la resolución de los casos entre uno y tres

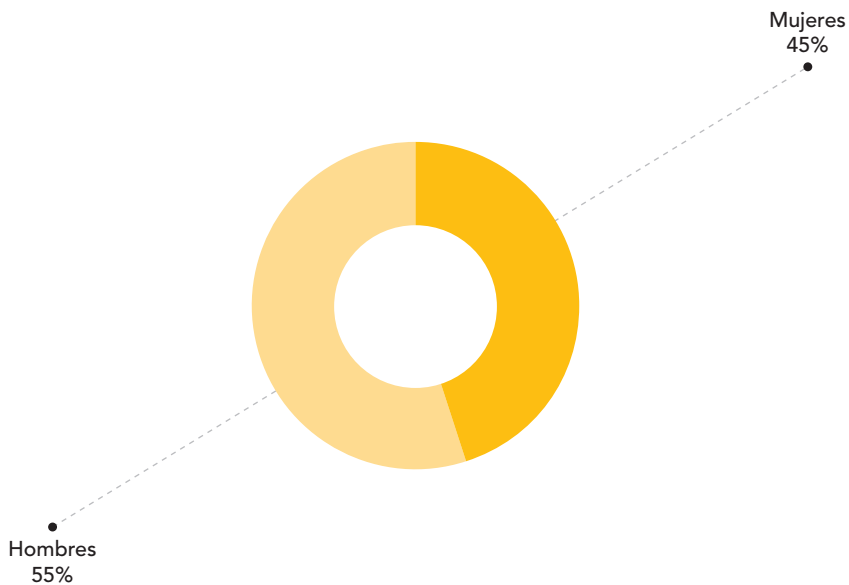


Figura 6. Porcentaje por sexos en las guías realizadas durante 5 años

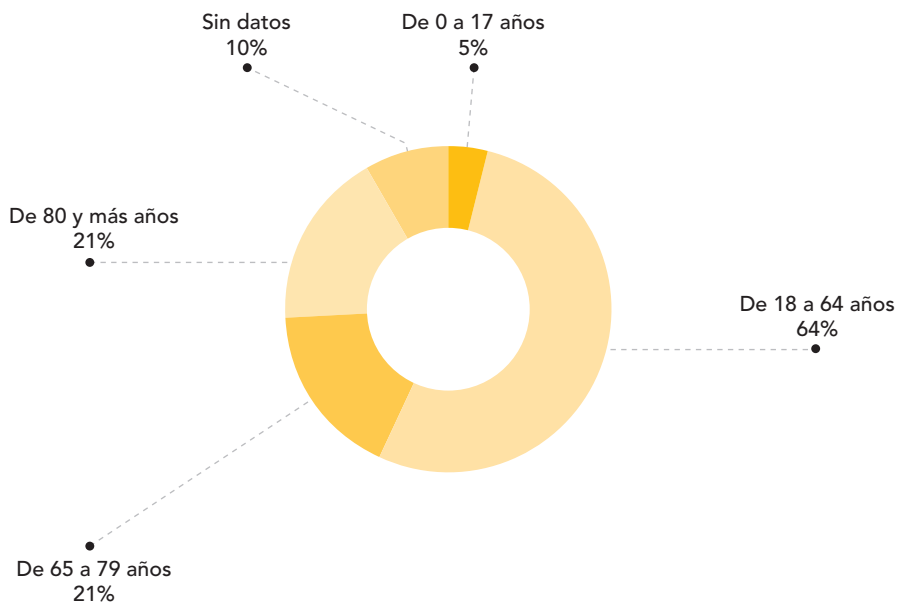


Figura 7. Edad de las personas que tienen Guía

años, no obstante conocer de forma pormenorizada la efectividad de las medidas adoptadas, las recaídas y los recursos utilizados para resolver las diferentes situaciones, exigiría un estudio de investigación, que está fuera de los objetivos de este artículo.

La participación de los profesionales

El diseño de la Guía de gestión de casos se realizó mediante la participación y el consenso de los diferentes grupos profesionales que constituyen los ECB y lo mismo ha ocurrido con las modificaciones posteriores, porque estamos hablando de un documento vivo que se ha ido adaptando a las necesidades y a la aparición de nuevos recursos, como ocurrió tras promulgarse la Ley de Dependencia en diciembre del año 2006.

La última parte de la guía es un apartado denominado "Reflexión Final" con

unos espacios para que los profesionales expresen su opinión:

- Sobre la efectividad de la intervención conjunta.
- Sobre las oportunidades de mejora detectadas que sirvan para otros casos.
- Sobre las oportunidades de mejora que puedan mejorar procesos y recursos.

La formación y capacitación conjunta de los profesionales

La Junta de Castilla y León, consciente de la importancia de la labor asistencial organiza anualmente acciones formativas, con el objetivo de capacitar a los profesionales de las dos redes asistenciales a fin de mejorar la atención integral de las personas. Los objetivos específicos son diferentes según las actividades pero buscan: aumentar el

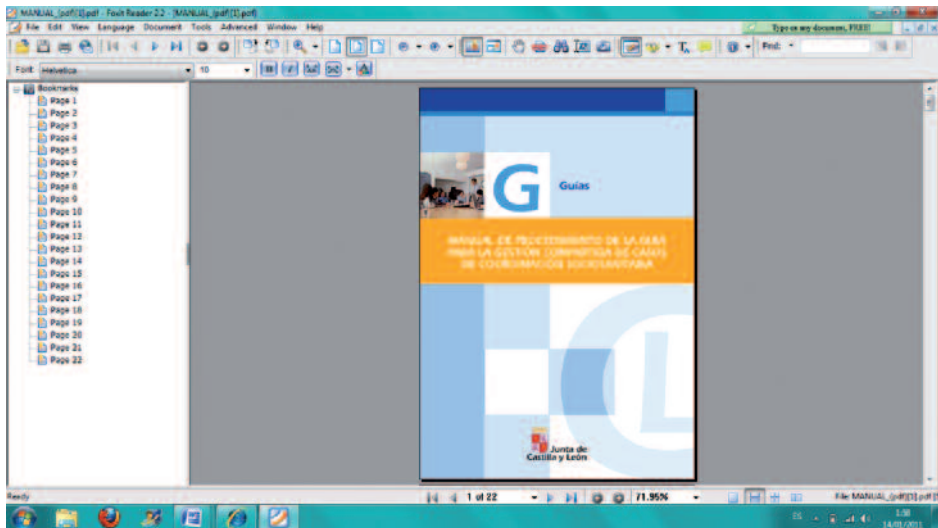


Figura 8. Manual de procedimiento de la Guía de Gestión de Casos en el portal de la Junta de Castilla y León

conocimiento sobre el modelo de coordinación, informar del funcionamiento de ambas redes asistenciales, aprender la metodología de la gestión por procesos, adquirir habilidades para trabajar en equipo, fomentar el uso de un lenguaje común, informar sobre los procesos integrados creados, etc. Desde que comenzó a usarse la Guía en el año 2004, se han impartido múltiples sesiones formativas y talleres prácticos en toda la comunidad para enseñar su manejo y también se ha elaborado un manual de procedimiento⁹ que está disponible en el portal de salud (figura 8).

La investigación sobre la atención socioasistencial

Desde el año 2007 la Consejería de Sanidad fomenta la investigación en materia de atención socioasistencial. Se han subvencionado un total de 30 proyectos de investigación, entre ellos, el "Estudio de la eficacia de un modelo integrado de atención social y sanitaria a personas en situación de gran dependencia de Castilla y León"¹⁰ con el objetivo principal de conocer la eficacia de la intervención coordinada, por parte de los ECB en los grandes dependientes que viven en sus domicilios. El trabajo de campo lo han realizado 116 profesionales de los servicios sanitarios y sociales de 19 ECB, tanto del ámbito urbano como del rural.

Este estudio que ha durado tres años, ha servido para conocer entre otras cosas la percepción de los profesionales sobre la Guía. Mediante un estudio cualitativo realizado según las técnicas de "grupo de discusión" y "entrevista abierta", los profesionales han expresado varios comentarios críticos y han opinado que la Guía resulta larga, laboriosa y contiene información redundante. Como elementos positivos han encontrado, que contiene una amplia información, a la par que incorpora as-

pectos que les resultan novedosos o a los que anteriormente no prestaban atención¹¹.

Estas aportaciones de los profesionales se han tenido en cuenta a la hora de diseñar la Guía en un nuevo Sistema de Información para la gestión de la actividad socioasistencial¹². En esta aplicación informática que los profesionales van a comenzar a utilizar este año, la *Guía de gestión de casos* continua como herramienta de trabajo de los ECB para gestionar los casos muy complejos. La Guía tendrá la misma metodología de trabajo y los mismos contenidos, pero será mucho más sencilla de cumplimentar, a la vez que va a permitir realizar una explotación de toda la información.

Conclusiones

En los últimos años, los cambios sociales y demográficos, los avances científicos y tecnológicos y la necesidad cada vez más apremiante de utilizar de forma eficiente los recursos, hacen necesaria una coordinación de los servicios sociales y sanitarios, de manera que entre ambos, presten la atención integral que las personas necesitan en cada momento.

Los profesionales de ambas redes asistenciales que realizan una atención directa de las personas con necesidades complejas sociales y de salud, disponen de una estructura organizativa bien definida, los ECB, lo cual va a facilitar la prestación de servicios integrados. Los ECB utilizan como metodología de trabajo la gestión por procesos que permite realizar una atención de calidad y garantizar la continuidad de los cuidados.

La *Guía de gestión de casos* es el instrumento que utilizan los profesionales de los ECB. Es un documento fiable y váli-

do para la gestión de casos sociosanitarios complejos. Como es utilizado por profesionales de atención primaria de dos administraciones diferentes, exige un trabajo minucioso de todos los intervinientes. Su utilización en los próximos años depende del desarrollo y avance del modelo de coordinación sociosanitaria de Castilla y León, así como del Sistema de Información GASS para la gestión de la actividad sociosanitaria, una aplicación informática que va a permitir simplificar los registros y conocer mucho mejor la información y los resultados de las intervenciones.

Bibliografía

1. I Plan de Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León. Valladolid 1998.
2. *Guía para la gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria*. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Valladolid 2007.
3. II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Valladolid 2003.
4. Manual de Funcionamiento de los Equipos de Coordinación de Base. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Valladolid 2004.
5. Jiménez A, Zabarte E. La regulación de la prestación sociosanitaria. Propuesta del CERMI. Madrid 2008.
6. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE n.º 299. Madrid 2006.
7. Torres T, Sánchez C. La Coordinación Sociosanitaria en Castilla y León. Trab Soc y Salud. Zaragoza; 2008. p. 103-120.
8. Estadísticas sociales. Plan estadístico de Castilla y León 2006-2009. Disponible en: <http://www.jcyl.es>
9. Manual de procedimiento de la *Guía para la gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria*. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Valladolid 2007.
10. Memoria Técnica del Proyecto "Estudio de la eficacia del modelo integrado de atención social y sanitaria a personas en situación de gran dependencia de Castilla y León". Servicio de Coordinación Sociosanitaria. Dirección General de Planificación de la Consejería de Sanidad de Castilla y León. Valladolid 2010. Disponible en <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bancoconocimiento/estudio-eficiencia-modelointegrado-atencion-social-sanitari>
11. Bolaños E. Modelo Integrado de Atención Social y Sanitaria a personas en situación de gran dependencia de Castilla y León: Las perspectivas de los y las profesionales participantes. Valladolid 2010. Disponible en <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bancoconocimiento/perspectivas-pacientes-profesionales-participantes-estudio->
12. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: propuestas desde la Medicina de Familia. Documento semFYC n.º 26. Barcelona 2009.