

**DOCUMENTO BASE PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL SOCIOSANITARIA**

**Mayo 2015**

## **1.- Introducción**

La necesidad de establecer un marco básico para una atención integral sociosanitaria se basa, principalmente, en los cambios sociodemográficos y epidemiológicos actuales y de futuro, así como por la necesidad de prestar una atención integral y continua, mejorando la calidad asistencial y garantizando la cobertura sanitaria y social a las personas en función de sus necesidades de atención. Los cambios en la pirámide demográfica, plantean importantes retos a la sociedad española en torno a los cuidados y la atención que serán demandados por la ciudadanía en los próximos años, con una población cada vez más envejecida y con la necesidad de financiar y prestar los cuidados y la atención de forma distinta a la actual, lo que debe significar un cambio en la organización actual de los servicios.

En cuanto a los cambios sociodemográficos, los datos que ofrece el Instituto Nacional de Estadística, constatan dicho envejecimiento. Así, se estima que el porcentaje de personas mayores de 64 años pasará del 20% de la población en el año 2020 y superará el 30% en el año 2050. En cuanto a la población mayor de 80 años, se prevé su crecimiento hasta cifras del 6,6% y del 11.2% en los años 2035 y 2050 respectivamente.

Por lo que se refiere a los cambios epidemiológicos, y como se indica en el Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España de 2011, en España las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad y/o dependencia en 2020 y hacia 2030 se doblará su incidencia en mayores de 65 años. Las enfermedades crónicas son la primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios (80% de consultas en atención primaria y 60% de ingresos hospitalarios). Un 40% de las consultas las realiza la población de mayor edad, que requiere además mayores cuidados continuados y más recursos de carácter social. El 50% de las camas de nuestra red hospitalaria está ocupada por mayores de 65 años, y el consumo farmacéutico supone casi el 50% del gasto total.

En relación a la organización actual de los servicios sanitarios, la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012, pone de manifiesto la característica de estar centrada en la resolución de las patologías agudas, favoreciendo una atención episódica de los problemas de salud con un enfoque curativo, valorando poco los aspectos preventivos, la perspectiva de los cuidados y la responsabilidad de las personas sobre los mismos. Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema de cuidados, ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben, resultando especialmente inapropiada la organización de la asistencia sanitaria para el grupo de

pacientes que presentan pluripatologías, comorbilidad o se encuentran en situación especial de complejidad.

La atención a los pacientes crónicos precisa garantizar unos cuidados continuos adaptados a las necesidades que surgen con su evolución y con los recursos sociales y sanitarios que los faciliten.

Un abordaje integral, tanto desde el punto de vista sanitario como el punto de vista social, de los cuidados a las personas, requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios formados por diferentes profesionales de los servicios sanitarios y de los servicios sociales, que garantice la continuidad de los cuidados, con la máxima participación de la persona y de su entorno.

La atención sociosanitaria en España fue definida en la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud y se refiere a ella como *“aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social, señalando que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondiente”*.

Aunque dicho concepto ha ido evolucionando, ha permanecido asociado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presentan simultáneamente dependencia y enfermedades generalmente crónicas (a veces causantes propiamente de la situación de dependencia) y que tienen necesidad de cuidados sociales y sanitarios al mismo tiempo, por ello una adecuada coordinación entre los servicios sanitarios y sociales trae consigo beneficios para las personas en tanto en cuanto puede facilitar la respuesta a una situación de necesidad sanitaria y social que se puede plantear en un momento determinado de la vida.

Cuando estas necesidades no se presentan simultáneamente puede ser suficiente con articular fórmulas de colaboración puntuales entre ambas redes, mecanismos relativamente sencillos que, con una secuencia coherente, permitan solventar aquello que impide al usuario, temporalmente, disponer de una buena calidad de vida.

Sin embargo, existen una serie de personas que manifiestan necesidades prolongadas y simultáneas -de índole social y sanitaria- para quienes la máxima coordinación entre ambas redes resulta primordial para recibir una atención adecuada, eficaz y pertinente a los requerimientos complejos y

diversos de su proceso asistencial, que requieren una actuación coordinada por dichas redes.

Son elementos clave de la atención sociosanitaria: la prevención, la integralidad, la coordinación interna y externa con otros niveles asistenciales, la continuidad asistencial, la interdisciplinariedad, la dimensión ética de la atención, la confidencialidad, la calidad y la atención a las necesidades y preferencias de las personas.

## **2.- Objetivos**

El establecimiento de una estrategia de atención integral sociosanitaria debe construirse desde el diálogo y el consenso con todas las administraciones públicas implicadas en la atención sanitaria y social a las personas, así como con los sectores y agentes que pueden tener competencias y responsabilidades, en su provisión y financiación.

Para conseguir un consenso suficiente, las propuestas contenidas en este documento deben constituir un marco básico y mínimo de actuación, con respeto a las competencias de las comunidades autónomas y a las experiencias iniciadas.

El objetivo de este documento es servir de base para promover un Pacto sociosanitario, a través de un Acuerdo conjunto del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia, que permitirá el desarrollo y consolidación de una atención sociosanitaria coordinada e integral, que ponga el centro de sus actuaciones en las personas, así como que todas las instituciones, organismos, entidades competentes en la materia y los profesionales que conforman los equipos tanto del sector sanitario como del social, gestionen de manera efectiva y compartida la atención integral, de las personas que requieren servicios de ambos sistemas asistenciales.

Las propuestas que contiene el presente documento se basan en las contenidas en:

- El Libro Blanco de la Coordinación sociosanitaria de 2011.
- La estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012.
- La estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud de 2013.
- El Informe del Consejo Asesor de Sanidad, sobre Coordinación y Atención sociosanitaria de 2013.

Dichos documentos cuentan con un amplio consenso profesional, político y sectorial, dada la metodología participativa y multisectorial llevada a cabo en su elaboración y contienen importantes aportaciones en cuanto a propuestas, recomendaciones, así como buenas prácticas expuestas en los mismos.

Los beneficios potenciales de este nuevo horizonte de atención sociosanitaria, deben estar relacionados con:

- Garantizar la continuidad de los cuidados y la mejorar de la calidad.
- Garantizar un uso más racional de los recursos disponibles, evitando ingresos y estancias innecesarias y poco adecuadas a las características del hospital de agudos.
- Mejorar la capacidad de respuesta de los dispositivos asistenciales, sanitarios y sociales, asignando el recurso que mejor responda a las necesidades de la persona.
- Actuar como mecanismos de prevención ante reingresos y de implantación de mecanismos de detección precoz de la dependencia, de forma coordinada.
- Mejorar la calidad de vida de las personas y sus familias.

### **3.- Metodología y contenidos**

**La metodología de trabajo** utilizada en su elaboración, ha teniendo como base el documento entregado en marzo de 2014 a las comunidades autónomas y ha seguido el modelo *bottom up*, a través del debate e integración de las diferentes propuestas elaboradas por los técnicos propuestos por las comunidades autónomas y la Administración General del Estado, y validadas por las Administraciones competentes.

El contenido gira en torno a dos fases. En una primera, objeto de este documento, se identifican los ejes fundamentales de la atención sociosanitaria, a saber, las situaciones personales que requieren de esta asistencia integral y continuada, la cartera de servicios sociosanitarios, la autorización de los centros y servicios de atención, los instrumentos de gestión y los sistemas de información. En una segunda fase, que se iniciará tras la suscripción del Pacto sociosanitario, se desarrollarán aspectos concretos de cada uno de los ejes, que requieren desarrollos específicos, a través de la constitución de grupos de trabajo dependientes de ambos Consejos.

Para abordar adecuadamente la atención sociosanitaria a las personas, el **contenido del documento** contempla, **en primer lugar**, una definición ajustada del **perfil de la persona con necesidades de atención sociosanitaria**.

La definición del perfil de la persona con necesidades sociosanitarias pone su objetivo en aquella persona que, de manera continua e, incluso en ocasiones, permanente, es usuaria de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios al concurrir en ella, al mismo tiempo, necesidades de cuidados y de atención que son proporcionados por cada uno de los sectores en sus respectivos ámbitos de actuación; y dicha necesidad es resultado del padecimiento de una o varias enfermedades, generalmente crónicas, y ciertos déficits funcionales que le impiden realizar las actividades de la vida diaria (AVD) sin la ayuda de una tercera persona. Lo que determina, pues, el concepto es la suma de ambos factores: la cronicidad de la enfermedad o limitación funcional del paciente y su situación de dependencia.

En línea con este concepto, podríamos decir que las personas susceptibles de atención sociosanitaria pueden ser segmentadas en base a criterios médicos, funcionales y sociales.

Esto no significa una clasificación exhaustiva ni la exclusión de las prestaciones de asistencia social y/o sanitaria al resto de grupos de población con necesidades asistenciales sanitarias y sociales de forma conjunta. Se trata por tanto de definir criterios de identificación de personas susceptibles de inclusión en el ámbito sociosanitario.

En el diseño de procesos de atención sociosanitaria, habrá que dar participación a las personas y contemplar sus necesidades, preferencias y expectativas.

Esto supone tener en cuenta el grado de dependencia y la necesidad de cuidados personales, de cuidados sanitarios requeridos por su patología y la red de apoyo de la que disponga: familiares, cuidadores y posibilidades económicas.

**En segundo lugar, debe definirse el marco del contenido de la Cartera de Servicios Sociosanitarios y las modalidades de atención.**

Se trata de disponer de una cartera de servicios sociosanitarios, desarrollando procesos de coordinación sociosanitaria que integren los recursos, servicios, y actuaciones de la cartera común de servicios y el catálogo básico de servicios sociales.

Una definición de procesos más ajustados de intervención adaptados a las necesidades reales de las personas, la optimización de recursos y la calidad en la prestación de servicios, los diseños compartidos en los itinerarios de

atención e integralidad en su cobertura, son elementos fundamentales en este sentido.

Por lo que se refiere a las modalidades de atención, deben prestarse siempre favoreciendo el mantenimiento de la persona en su entorno frente a la institucionalización, utilizando los recursos disponibles con el objetivo de cubrir todas las necesidades sociosanitarias de las personas.

**En tercer lugar**, un elemento fundamental para conseguir la equidad deberá ser la **autorización de centros y servicios sociosanitarios, con criterios homogéneos**.

La red de centros y servicios que presten atención sociosanitaria deberá ser autorizada, con requisitos mínimos y comunes para todo el territorio, cuyo cumplimiento sería exigido para la autorización y correspondiente inclusión en el correspondiente Registro.

El sector sanitario y el social, deben analizar conjuntamente la problemática de los diferentes grupos de enfermedad crónica y dependencia y confrontar la necesidad teórica de recursos, con la que se esté prestando en cada momento. Una planificación conjunta permitirá una oferta más equitativa y eficiente de recursos y servicios.

**En cuarto lugar**, por lo que se refiere a **los instrumentos para la gestión del proceso de coordinación sociosanitaria**, la entrada de la persona en el circuito de atención sociosanitaria viene condicionada por la presencia de una patología o limitación funcional que requiere una atención específica. La confluencia de factores sociales genera una necesidad de actuación coordinada para facilitar la atención correcta y completa al paciente.

La derivación de la persona a los recursos asistenciales puede activarse tanto desde el hospital de agudos, como desde la atención primaria o los equipos domiciliarios, como desde los servicios sociales comunitarios especializados. Una vez definida la ubicación, los profesionales del nivel de destino se convierten en responsables del caso y tomarán decisiones de reubicación de forma autónoma dentro del circuito sociosanitario, al igual que ocurre en otros niveles asistenciales.

Durante todo el proceso resulta esencial que se produzca una adecuada transmisión de la información de un nivel a otro, con equipos interdisciplinarios que recogerán la información básica a nivel clínico, funcional, social, para una correcta toma de decisiones que garanticen la continuidad asistencial.

Para dar respuesta a dichos retos, la figura de la comisión sociosanitaria y la del gestor del caso, constituyen instrumentos de enlace entre ambos sectores, atribuyéndoles la competencia de asignación del recurso correspondiente, así como del seguimiento de las personas.

**En quinto lugar, los Sistemas de Información son una herramienta fundamental.** Será necesaria la puesta en marcha de mecanismos y procedimientos para compartir la información sobre el usuario, sanitaria y social, que facilite la toma de decisiones.

Por ello la creación de un Código de identificación sociosanitario único, de una Historia sociosanitaria integrada y de un Conjunto mínimo de datos sociosanitarios, garantizará el acceso a los servicios por las personas en condiciones de igualdad en una Red Coordinada de Servicios Sociosanitarios caracterizados por la continuidad asistencial y la coordinación efectiva.

El principal objetivo del sistema de información debe ser el de permitir el registro, el seguimiento y la evaluación de todo el proceso de atención, como un instrumento eficaz del trabajo diario para los profesionales y que cubra todos los aspectos de apoyo y necesidades de información requeridas.

#### **4.- Propuestas**

##### **4.1- Perfil de la persona con necesidades sociosanitarias:**

###### **Introducción**

La atención sociosanitaria se dirige a las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades de la vida diaria, y que precisan de una atención simultánea y coordinada del sistema social y sanitario ante un determinado proceso.

Esta atención se facilitará en función de las características socio-familiares, del entorno de cada persona y de los recursos disponibles.

###### **Propuesta**

A continuación se definen los criterios de identificación de las personas con necesidades de atención sociosanitaria:



## **Sanitario**

1.- Personas con enfermedades crónicas que hayan generado incapacidad funcional severa y gran complejidad en los cuidados sociales y sanitarios.

- Personas enfermas con riesgo de empeoramiento de su estado de salud y con dependencia funcional: incluirían las personas con demencia, enfermedades crónicas de larga evolución y la persona mayor frágil, entre otros.
- Personas con discapacidad física y dependencia funcional elevada: personas con daño cerebral adquirido, enfermedad neurodegenerativa u otras enfermedades raras o crónicas que causen limitación funcional severa, lesión medular adquirida, entre otros.

2.- Personas con discapacidad asociada a enfermedad mental: a) trastorno mental moderado o grave de evolución prolongada, b) patología adictiva y c) discapacidad asociada a enfermedad mental en menores de edad con alteraciones importantes de conducta, todos ellos con alta necesidad de cuidados sociales y sanitarios.

3.- Personas con discapacidad intelectual y alteraciones graves de conducta que requieren atención social y sanitaria.

4.- Personas que, sin patología previa relevante o con patología sin complejidad, sufren un proceso que, superada la fase aguda, causa incapacidad funcional potencialmente reversible que requieren atención social y sanitaria.

5.- Personas con atención de cuidados paliativos por enfermedad crónica, avanzada y progresiva con pronóstico de vida limitado y necesidad de cuidados sociales y sanitarios.

6.- Menores con necesidades de atención temprana.

## **Funcional**

- Limitación funcional severa para desarrollar actividades de la vida diaria (escalas Katz, Barthel, Lawton).
- Reconocimiento de dependencia severa o gran dependencia (Grados II y III).

- Deterioro cognitivo moderado (Deterioro Global Reisberg: igual o superior a 4).
- Presencia de disfunción moderada o severa en el funcionamiento global de la persona, con valoración según escalas adecuadas del déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo.

## **Social**

- Ausencia de red social o de apoyo adecuada.
- Riesgo de claudicación del cuidador principal.
- Vivienda o entorno que no reúnan las condiciones apropiadas a las necesidades del paciente.

### **4.2.- Cartera común de servicios de Atención Sociosanitaria:**

#### **Introducción**

La Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), en su artículo 14 recoge la prestación de atención sociosanitaria definiéndola y señalando que en cualquier caso comprenderá: los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Además indica que la continuidad del servicio estará garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización desarrolló en sus anexos el contenido de las diferentes prestaciones que conforman la cartera común de servicios del SNS.

Por Resolución de 23 de abril de 2013 de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con el catálogo de referencia de servicios sociales.

En el caso de la cartera de atención sociosanitaria, si bien su contenido no se recoge en un anexo específico del Real Decreto citado, determinadas

actuaciones que forman parte de dicha cartera se recogen en el mismo, como por ejemplo, dentro de la cartera de atención primaria y en relación a la atención a las personas mayores: la detección, seguimiento y atención al anciano de riesgo, la atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas, incluyendo información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a cuidadores o, dentro de la cartera de atención especializada: la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable o la atención a pacientes terminales.

Dicha cartera se desarrollará en el seno de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, siguiendo el procedimiento de actualización de la cartera común de servicios del SNS; en este contexto esta cartera se irá actualizando de forma continua en base a las evidencias científicas disponibles y en la medida de las necesidades sociosanitarias que se detecten y prioricen.

No se trata de crear nuevas estructuras sino de utilizar de forma eficiente los recursos existentes más adecuados según las necesidades de cada persona y de forma coordinada entre el ámbito social y el sanitario.

La concreción de esta cartera supondrá un paso para la equidad en el acceso a esta prestación y una mayor transparencia en los derechos de las personas que requieran atención sociosanitaria.

El objetivo básico de la cartera común de servicios de atención sociosanitaria es mejorar el estado de salud, de funcionalidad o de autonomía física, psíquica y social del usuario, así como facilitar la permanencia, en la medida de lo posible, en su domicilio o entorno social para contribuir a mejorar la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador, respetando sus estilos de vida y sus preferencias, así como dar continuidad a los cuidados cuando éstos sean necesarios. Para ello se deberá:

- Priorizar un enfoque preventivo de la dependencia en sus diferentes grados y de la pérdida de calidad de vida, basado en la atención durante todo el curso de vida de las personas, mediante programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de la dependencia dirigidos al conjunto de la población, a grupos de riesgo y al individuo.
- Dar respuesta a las garantías y derechos de los usuarios en relación a seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo en el acceso a este tipo de atención.
- Orientar la atención a las necesidades individuales de las personas ajustadas a su historia de vida, a sus preferencias y a su entorno familiar y social, incluida la atención a los cuidadores.
- Primar el mantenimiento del usuario en su entorno frente a la institucionalización.

- Apoyar a las personas con función cuidadora para que realicen su rol de la forma más adecuada, reduciendo el impacto potencial en su propia salud y bienestar que el mismo les puede ocasionar.
- Fomentar las actividades formativas y de capacitación fundamentalmente dirigidas a la promoción de la salud y el autocuidado, así como a la prevención del deterioro funcional.
- Disponer de un sistema de detección y valoración consensuado, que estandarice la elaboración y desarrollo de planes de intervención integrales, sanitarios y sociales, en función de las diferentes necesidades sociosanitarias detectadas.
- Garantizar un enfoque integral, que coordine el conjunto de niveles y dispositivos asistenciales de los servicios de salud y de los servicios sociales.

### **Acceso, valoración previa y plan de cuidados**

Para el acceso a la prestación es imprescindible contar con un sistema previo de valoración integral, social, clínica y funcional de la persona y su cuidador principal que aporte datos básicos para evaluar la necesidad de cuidados sanitarios y sociales.

Esta valoración orientará la elaboración de un plan de individualizado de atención, basado en los factores de riesgo y diagnósticos detectados, así como en las necesidades de la persona, sanitarias, sociales, funcionales, que incluya medidas de promoción de la salud, preventivas de la enfermedad y el deterioro funcional, recomendaciones higiénico-dietéticas, control de síntomas y cuidados generales, con un enfoque multidisciplinar que integre de forma dinámica la atención médica, los cuidados de enfermería y los cuidados sociales, en función de las necesidades existentes en cada momento.

### **Propuesta**

El contenido de la cartera común de servicios de atención sociosanitaria incluirá:

- Programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y del deterioro funcional, de pérdida de la calidad de vida y de la dependencia dirigidos al conjunto de la población o a grupos de población específicos para afrontar situaciones de riesgo de dependencia durante todo el curso vital, de acuerdo con la organización de los servicios de salud y servicios sociales.

Dichos programas estarán fundamentalmente dirigidos a:

- Mantener el máximo de autonomía e independencia de las personas a medida que se envejece: prevenir el deterioro funcional, fomentar el autocuidado, las medidas higiénico-sanitarias y la actividad física.
  - Abordar las situaciones de riesgo de fragilidad en el anciano: mediante el cribado de fragilidad en la persona mayor, seguida de la intervención preventiva correspondiente.
  - Prevención de los factores que contribuyen a las caídas en las personas mayores, en consonancia con el programa de la OMS sobre envejecimiento y salud, así como la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud.
- Programas de promoción y prevención individual, realizados en consultas médicas y de enfermería, o en el domicilio del paciente o con otros recursos, de acuerdo con la organización de los servicios de salud y sociales, tanto de los pacientes como de sus cuidadores. Estas actuaciones irán dirigidas a las personas cuya evaluación detecte un nivel alto de riesgo sociosanitario, tales como pacientes polimedcados y población frágil y podrán complementarse de forma coordinada con actuaciones desarrolladas en otros ámbitos, tales como la farmacia comunitaria (oficinas de farmacia) o desde los servicios sociales especializados o comunitarios.
  - Cuidados sanitarios de larga duración: dirigidos a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, que pueden proporcionarse en su domicilio o requerir un periodo prolongado de internamiento.
  - Atención sanitaria a la convalecencia: dirigida a personas que tras sufrir un proceso agudo de enfermedad o accidente, o un episodio intercurrente en casos de enfermedad o discapacidad crónica, presentan limitaciones en su autonomía y requieren atención y cuidados durante un periodo de tiempo limitado ya sea en su domicilio o en régimen residencial o internamiento.
  - Rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable: orientada a la recuperación de la autonomía perdida y la prevención de situaciones de discapacidad y dependencia, con el fin de facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional y dependencia posible al paciente, y reintegrarlo a su medio habitual.
  - Cuidados sanitarios a personas con enfermedad mental, con demencia u otras enfermedades neurodegenerativas o con déficit funcional o sensorial grave de cualquier causa, que pueden proporcionarse en su domicilio, en régimen residencial o requerir un periodo prolongado de internamiento.
  - Atención a menores sujetos a medidas de especial protección, niños con trastornos graves del desarrollo, menores de familias desestructuradas con

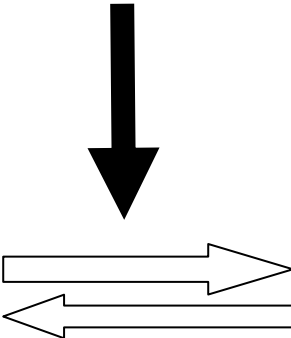
adultos afectados por trastorno mental grave, y niños con enfermedades crónicas y discapacitantes.

### Modalidades de la atención sociosanitaria

La atención sociosanitaria se prestará con una visión única de la persona que integre en cada momento sus necesidades sociales y sanitarias y bajo la responsabilidad y supervisión de un equipo multidisciplinar, gestor del caso, preferentemente del nivel primario de atención sanitaria y social (Medicina, Enfermería, Trabajo Social...) que deberá ser el coordinador de esta atención:

Las administraciones sanitarias y sociales competentes facilitarán esta atención mediante la coordinación de los recursos sociales y sanitarios existentes, de manera que se aprovechen de forma eficiente todos los recursos disponibles, favoreciendo el mantenimiento del usuario en su entorno frente a la institucionalización y potenciando, en su caso, la atención clínica y farmacéutica en los entornos residenciales. Además, podrá contarse con otros recursos disponibles como son las oficinas de farmacia y las redes de cuidados informales (asociaciones de pacientes, grupos de ayuda mutua y/o voluntariado,...).

El siguiente cuadro resume las posibles modalidades de atención en función del lugar donde recibe la atención la persona:

<b>ÁMBITO SOCIAL</b>	<b>EQUIPO MULTIDISCIPLINAR GESTOR DEL CASO (nivel primario de atención sanitaria y social)</b>	<b>ÁMBITO SANITARIO</b>
<b>Atención en domicilio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• particular/acogimiento familiar (atención social básica, servicios de ayuda, servicios de tutela y acompañamiento, u otros...)</li> <li>• Tutelado (vivienda tutelada, hogar funcional para mayores, hogar para discapacitados...)</li> <li>• Teleasistencia social</li> </ul>		<b>Atención en domicilio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención primaria</li> <li>• Atención domiciliaria</li> <li>• Hospitalización a domicilio</li> <li>• Cuidados paliativos</li> <li>• Seguimiento y monitorización de pacientes crónicos o convalecientes</li> </ul>

<p><b>Atención con estancias diurnas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Centros de día en sus diferentes variaciones (centro de día especializado, centro de rehabilitación psicosocial, centro de día para personas dependientes, terapia ocupacional ...)</li> </ul> <p><b>Atención en centros residenciales</b> (para personas mayores, para personas con discapacidad...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Con asistencia social</li> <li>Con asistencia social y sanitaria (residencias asistidas)</li> </ul> <p><b>Atención en centros monográficos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Centros monográficos (CEADAC...)</li> </ul>		<p>(telemedicina, etc)</p> <p><b>Atención en consulta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención primaria</li> <li>Atención especializada</li> </ul> <p><b>Atención en centro de día</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital de día</li> <li>Unidad de rehabilitación</li> <li>Centro de salud mental</li> </ul> <p><b>Atención con Ingreso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital de agudos</li> <li>Hospital de media- larga estancia</li> <li>Unidades de convalecencia</li> <li>Cuidados paliativos</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 4.3.- Instrumentos de gestión:

##### Introducción

La atención sociosanitaria ha de colocar a la persona en el centro del sistema, con una visión única que integre y valore en cada momento sus necesidades sociales y sanitarias y que garantice la continuidad del servicio prestado por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones sanitarias y sociales competentes, quienes deberán establecer los mecanismos necesarios para que dicha coordinación sea efectiva.

Para ello, en el ámbito de sus competencias, se establecerán los órganos de coordinación que permita determinar conjuntamente, en función de las necesidades de la persona, un plan de atención común que clarifique qué recursos deben aportar los servicios sanitarios y cuáles los servicios sociales y

que proporcionen a las personas los servicios y cuidados que precisen, garantizando una atención integral, adecuada, de calidad y segura.

### **Propuesta**

La coordinación sociosanitaria debe estar basada en la definición de procesos donde la persona constituya el centro de atención. La comisión sociosanitaria constituye el instrumento a través del cual se integra la atención sanitaria y social atribuyéndole, entre otras, la competencia en la asignación de los recursos temporales o permanentes adecuados a las necesidades de las personas y su seguimiento. Esta comisión estará formada por profesionales del área sanitaria y del área de servicios sociales.

Para el correcto funcionamiento de la comisión, es necesaria la puesta en marcha de mecanismos y procedimientos para compartir la información sanitaria y social sobre la persona, facilitando la toma de decisiones.

La gestión del caso constituye el instrumento a través del cual, se realiza la identificación de los casos, la valoración conjunta, la planificación, coordinación, seguimiento y evaluación de los resultados y se da continuidad a la atención sociosanitaria prestada a la persona. Los médicos, enfermeros y los trabajadores sociales son, generalmente, los profesionales de referencia que cumplirán esta función. Otros profesionales, como psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, etc. pueden, también, cumplir un papel relevante, según la intensidad de necesidades sanitarias o sociales que cada persona requiera en cada momento.

La asignación/derivación de la persona hacia los distintos recursos sociales y sanitarios, puede activarse desde los distintos niveles asistenciales sanitarios o sociales a través de los procedimientos de coordinación establecidos en cada sistema de atención y comunidad autónoma.

Cada comunidad autónoma establecerá los procedimientos de coordinación en base al perfil de la persona y sus necesidades. Deberá definirse en cada caso el papel y las funciones a desarrollar por la comisión sociosanitaria, por el equipo gestor de casos, o por ambas figuras.

#### **4.4.- Autorización de centros y servicios sociosanitarios:**

### **Introducción**

Los recursos utilizados para la atención sociosanitaria pueden ser públicos, privados o concertados, con el objetivo de cubrir todas las necesidades sociosanitarias de las personas, bajo la filosofía de prestarlos lo más cerca



posible de su entorno, el trabajo en red, la coordinación de servicios y la interoperabilidad de los sistemas con el apoyo de las nuevas tecnologías.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud considera, por su parte, como base de la prestación de atención sociosanitaria la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, cuya coordinación sería el instrumento esencial para garantizar, desde una perspectiva integral, las correspondientes intervenciones preventivas, curativas, rehabilitadoras y/o paliativas para aumentar la autonomía de las personas necesitadas, paliar sus limitaciones y facilitar su reinserción social.

Por ello, la organización de los cuidados sociosanitarios debe estar basada, primordialmente, en la adecuada coordinación de la oferta de prestaciones sociales y sanitarias, más que en la creación o configuración de eventuales estructuras funcionales específicas.

Esta coordinación, por su flexibilidad, posibilita una atención dinámica, continua y efectiva capaz de adaptarse a la cambiante demanda en el tiempo de las necesidades sanitarias y sociales de las personas. En función de dichas necesidades, la atención se prestará en las instituciones y servicios del ámbito de lo social debidamente autorizados para ello y/o del ámbito específicamente sanitario, dependiendo de las prestaciones sociales y sanitarias para las que el centro ostente autorización, según el sistema común detallado en el siguiente punto.

### **Propuesta**

Toda actividad sanitaria, en cualquier ámbito o modalidad en que se produzca, debe contar con la preceptiva autorización administrativa por parte de la autoridad sanitaria competente. En este sentido, la vigente regulación sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios permite la realización de actividades sanitarias en organizaciones cuya principal actividad no es sanitaria, como es el caso, entre otros, de los centros y servicios del ámbito de la asistencia social.

Así, el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, define tales actividades en su Anexo II, bajo el epígrafe C.3, como "*Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria*", que vendrían a constituir el adecuado marco legal y administrativo de los servicios y prestaciones sociosanitarias, de forma que cualquier centro o servicio de atención social residencial o ambulatoria, legalmente establecido, autorizado y/o acreditado, podría integrar o incorporar a sus prestaciones una determinada actividad o servicio sanitario, solicitando a tal efecto a la autoridad sanitaria competente su autorización y reconocimiento como Centro o Servicio C.3, indicando en su solicitud la correspondiente oferta asistencial y especificando los servicios o unidades asistenciales que habrán de integrarla.

Este procedimiento constituiría el sistema común de autorización para este tipo de actividades, que no supondrá una modificación o gestión diferenciada de los procedimientos de autorización actuales, correspondiendo a la autoridad sanitaria de su respectivo ámbito territorial, en función de los criterios específicos a aplicar para las unidades solicitantes, la función de conceder o denegar dicha autorización.

Algunos servicios que se presten dentro de un proceso integrado de atención sociosanitaria, tales como la ayuda a domicilio, la teleasistencia, etc., no requerirán esta autorización sanitaria.

#### **4.5.- Sistemas de Información:**

##### **Introducción**

**El Objetivo general** está dirigido a facilitar una atención sanitaria y social integrada a las personas con necesidades sociosanitarias que hayan sido definidas como susceptibles de dicha atención.

En este sentido, la principal finalidad a la que se deben orientar los sistemas de información es la de permitir el registro, el seguimiento y la evaluación de todo el proceso de atención, mostrándose como un instrumento eficaz del trabajo diario para los profesionales, que cubra todos los aspectos de apoyo y necesidades de información que dicha atención integrada requiere.

Del mismo modo, los sistemas de información deben favorecer la garantía de acceso a la atención sociosanitaria, en condiciones de igualdad, en todo el Estado.

##### **Los Objetivos específicos son:**

- Implantación de una entrada única de cada paciente a los registros del sistema de cuidados y atención, fundamentalmente a través de un código de identificación único.
- Disponer de Información sociosanitaria integrada, interoperable y accesible para su uso por todos los agentes implicados en el cuidado de la persona.

- Disponer de productos de información para la planificación y evaluación de los cuidados requeridos en el ámbito de la atención sociosanitaria.

## **Propuesta**

### **- Código de identificación sociosanitario**

Para la identificación de las personas con necesidades de atención sociosanitaria, se propone la utilización del CIP TSI-AUTONOMICO. Se trata del Código de Identificación Personal de la Tarjeta Sanitaria Individual, que va asociado a otros códigos de identificación de las personas (DNI-NIE-Pasaporte), y que, a su vez, se encuentra vinculado a un único CIP TSI-SNS para cada individuo (código de identificación personal único del Sistema Nacional de Salud).

Al CIP TSI-AUTONOMICO está vinculada la información clínica electrónica del paciente. Este código se incorporará a los registros de Servicios Sociales, y se obtendrá de la aplicación de Tarjeta Sanitaria Individual, asociado al CIP TSI-SNS.

Para los cruces iniciales y búsquedas entre las bases de datos se utilizará preferentemente como vínculo el DNI/NIE (código utilizado habitualmente por los Servicios Sociales).

Para los pequeños colectivos existentes en la atención sociosanitaria que no disponen de TSI se tendrá que estudiar en un futuro como solucionarlo.

### **- Historia sociosanitaria integrada**

La información clínica y social a integrar y compartir está condicionada a las decisiones de los otros Grupos de Trabajo, fundamentalmente sobre los contenidos de Cartera /catálogo de Servicios y las adoptadas sobre Instrumentos de Gestión.

En cualquier caso, las propuestas pasarían, fundamentalmente, por la valoración de:

- Valoración conjunta a través de sistemas integrables/interoperables
- Información básica común para diseñar los planes de intervención
- Información interoperable para uso asistencial cotidiano

Un Sistema de Información compartido sería el núcleo alrededor del cual se instrumentarían elementos de soporte a la atención sociosanitaria:

- Identificación de Problemas de Salud.
- Instrumentos de Valoración social.
- Escalas e Informes de Valoración de la dependencia.
- Otras escalas de valoración de la capacidad funcional.
- Escalas generales de clasificación del nivel de necesidades sanitarias y sociales a emplear para incluir al paciente en un programa de intervención integrado.
- Identificación de cuidados, servicios y atención que recibe desde los sistemas sociales y sanitarios.
- Diseño de los planes de intervención.
- Informes para los servicios sociales.
- Informes de riesgo social más específicos.
- Atención al cuidador.
- Existencia de documento de Instrucciones previas.

Se propone estudiar la oportunidad de adoptar instrumentos y escalas de valoración homogéneas y valorar la posibilidad de normalización de los informes asociados.

A su vez, el Sistema de Información deberá proporcionar, de manera continuada y sistemática, la información necesaria en la práctica para la atención integrada de la persona.

En el sistema de Historia Clínica Digital del SNS, existe un informe de gran importancia práctica denominado “Historia Clínica Resumida”, que recoge los datos más relevantes a tener en cuenta para la atención sanitaria de un paciente.

Sería planteable el uso de los datos de salud de la persona que se consideren necesarios, para que, unidos con los datos sociales que igualmente se estimaran pertinentes, se diseñase una “Historia Sociosanitaria Resumida”, que cumpliera igualmente la finalidad de reunir toda aquella información nuclear para el abordaje de la persona en diferentes situaciones y contextos. La información deberá tratarse de manera estandarizada y estructurada para poder facilitar la interoperabilidad de los sistemas.

A la misma tendrían acceso los profesionales de ambos sistemas (autorizados por sus instituciones autonómicas), así como la persona titular de la historia a través de certificado electrónico. Es necesario establecer un marco que defina los requisitos de acceso para los diferentes profesionales que atienden a la persona.

Otros documentos clínicos y sociales podrían ser igualmente compartidos dentro de un sistema de acceso común. Parece necesario en cualquier caso, reglamentar el acceso de los profesionales del ámbito social a los registros sanitarios y viceversa en función del rol que desempeñen en el sistema. Todo acceso estará sometido a la regulación establecida en la LOPD y normas de desarrollo.

– **Conjunto mínimo de datos sociosanitarios**

Los sistemas de clasificación de pacientes, que estratifican a los mismos en función de su riesgo y/o consumo de recursos, se constituyen como instrumentos de planificación, asignación de recursos y de generación de conjuntos mínimo de datos.

Son igualmente de aplicación a las personas con necesidades sociosanitarias, en función de las necesidades reales y servicios que se les presta.

Se consideran de utilidad para el desarrollo de protocolos de actuación, el establecimiento de planes de cuidados y atención, la mejora de la calidad asistencial y la elaboración de indicadores, así como el conjunto mínimo de datos sociosanitarios necesarios para caracterizar a la población y a las intervenciones realizadas.

Por todo ello, para una buena planificación y gestión de la atención socio sanitaria, se considera necesario trabajar sobre sistemas de clasificación adecuados a nuestra realidad, que permitan a cada Comunidad Autónoma disponer de un mejor conocimiento de las necesidades a abordar, siendo deseable que se empleasen instrumentos normalizados.