

**PROPUESTA PARA UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN Y COORDINACIÓN  
SOCIOSANITARIA**

**Marzo 2014**

BORRADOR

## Presentación

En España, la atención sociosanitaria 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.

La coordinación entre los servicios sanitarios y sociales trae consigo beneficios para cualquier ciudadano 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.

El establecimiento de una estrategia de atención y coordinación sociosanitaria debe construirse desde el diálogo y el consenso con todos los Sectores Públicos, Privados y Profesionales que pueden tener competencias y responsabilidades, tanto en la financiación y atención directa sanitaria y social, como influencia en su puesta en práctica, por tratarse de organizaciones científicas y profesionales líderes en sus respectivos ámbitos. Así podría conseguirse la máxima aceptación, tanto en sus bases como en sus propuestas.

Para promover dicho consenso, con independencia del signo político de las Administraciones Públicas competentes en las diferentes materias, las propuestas que, como borrador de trabajo, se plantean desde el MSSSI, están basadas en los contenidos de tres documentos:

- El Libro Blanco de la Coordinación sociosanitaria de 2011, elaborado durante la anterior legislatura.
- La estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012.
- 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 suponen importantes aportaciones en cuanto a las propuestas y recomendaciones que contienen.

### **Agentes participantes**

La atención y coordinación sociosanitaria implica la participación de distintos Agentes, con los que habrá necesariamente de contarse en el proceso de diálogo y consenso. Dichos Agentes, sin ánimo de exhaustividad, se encontrarían encuadrados en los siguientes Sectores, Organizaciones y Entidades:

- Sector Público:
  - Consejerías competentes en materias de Sanidad y Servicios Sociales de las CC.AA.
- Organizaciones Profesionales:
  - Organizaciones Colegiales de ámbito nacional: Consejos Generales de Colegios de Médicos, Farmacéuticos, Psicólogos, Enfermería, Trabajadores Sociales, Fisioterapeutas, Podólogos y otros.
  - Sociedades Científicas y Asociaciones Profesionales relacionadas con la cronicidad, los mayores (geriatría), los cuidados de larga duración, la discapacidad y la terapia ocupacional y otras.
- Entidades colaboradoras en la provisión de servicios y otras:
  - Sector Privado:
    - Proveedores de Servicios Sanitarios.
    - Aseguradoras de Servicios Sanitarios.

- Proveedores de Servicios Sociales y Asistenciales.
  - Tercer Sector.
  - Asociaciones de Pacientes.
  - Plataforma del Diálogo Civil.
  - Asociaciones de Mayores.
  - Asociaciones de personas con discapacidad y sus familias.

BORRADOR

## RESUMEN EJECUTIVO

La estrategia de trabajo gira en torno a dos fases, en una primera se identificarán cinco ejes: las situaciones personales que requieren de esta asistencia integral, la cartera y el catálogo de servicios sociosanitarios, los requisitos básicos y comunes que deben cumplir los dispositivos de atención, los instrumentos de coordinación y los sistemas de información. En una segunda se abordarán los trabajos relativos a financiación de la estrategia.

**En primer lugar**, para abordar adecuadamente la atención a las personas, se requiere una definición ajustada del **perfil de la persona con necesidades de atención sociosanitaria**.

Este concepto, se basa, principalmente, en los cambios sociodemográficos y epidemiológicos actuales y en la necesidad de prestar una atención integral y continua, mejorando la calidad asistencial y garantizando la cobertura sanitaria y social a estos colectivos, su segmentación en función de las necesidades, así como y el establecimiento adecuado de prioridades en la atención. La definición de la persona con necesidades sociosanitarias debe girar en torno a aquella 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 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- unido a 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 del paciente y su situación de dependencia.

En línea con este concepto, podríamos decir que la población susceptible de atención sociosanitaria incluye personas con enfermedades crónicas progresivas, con enfermedades en situación terminal o enfermedades mentales, personas con discapacidades físicas y/o sensoriales y personas con discapacidades psíquicas o intelectuales, adicciones, en las que coexista, además de la enfermedad o discapacidad, una situación de dependencia. 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.

Para que la atención a estas personas quede garantizada, dada la alta variabilidad de las situaciones de los ciudadanos que se encuentran en esta circunstancia, será preciso

incorporarlos al proceso de diseño del dispositivo coordinación sociosanitario, ya que, necesariamente, para la efectividad del mismo será imprescindible contemplar sus expectativas, preferencias, demandas, pautas y estilo de vida, principalmente en el ámbito domiciliario.

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 regularse una Cartera/Catálogo de Servicios Sociosanitarios y los dispositivos de atención.**

Una definición de procesos más ajustados de intervención adaptados a las necesidades reales de las personas, la optimización de recursos y contención del gasto en la prestación de servicios, los diseños compartidos en los itinerarios de atención e integralidad en su cobertura, son elementos fundamentales en este sentido. Establecer la tipología de las causas de las patologías que deben ser atendidas, considerando también las características que concurren en las distintas situaciones sociales ayudará a la definición de los servicios a prestar.

Son elementos clave de la coordinación sociosanitaria: la prevención, la integralidad, la coordinación interna y externa con otros niveles asistenciales, la humanización de los servicios, la dimensión ética de la atención, la confidencialidad, la calidad, la atención a las necesidades concretas de los pacientes

Por lo que se refiere a los dispositivos de atención, los recursos pueden ser públicos, privados, o concertados, con el objetivo de cubrir todas las necesidades sociosanitarias de las personas, lo más cerca posible del entorno de la persona que lo precise, a través de Atención residencial (hospital, unidad, servicio, centro residencial) o en el Domicilio (atención domiciliaria y atención ambulatoria), ambos tipos de atención con sus correspondientes subtipos.

**En tercer lugar, un elemento fundamental para conseguir la equidad deberá ser el establecimiento de un sistema común de autorización y acreditación en todo el territorio nacional, con criterios homogéneos.**

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

Sería por ello conveniente el desarrollo de un modelo de acreditación de centros y servicios sociosanitarios a nivel nacional.

El sector sanitario y el social, público y privado, 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 sociosanitario viene condicionada por la presencia de una patología 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 del paciente a los recursos asistenciales puede activarse tanto desde el hospital de agudos, como desde la atención primaria o los equipos domiciliarios. 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 asistencia resulta esencial que se produzca una adecuada transmisión de la información de un nivel a otro, por lo que es importante que existan informes unificados que deberán recoger información básica a nivel clínico, funcional social y psicológico.

Debe preverse un circuito de retorno al nivel asistencial de procedencia o al más adecuado según el estado actual del paciente sociosanitario.

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 sistema unificado de Información y Atención al Usuario Sociosanitario para garantizar el acceso a los servicios en condiciones de igualdad en una Red Coordinada de Servicios Sociosanitarios parece una de las principales medidas a tomar, así como estudiar el tipo de infraestructuras existentes, sanitarias y sociales



que deberían funcionar en una red específica de continuidad asistencial y de 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 que este nivel asistencial requiere.

BORRADOR

## ESQUEMA DE TRABAJO

### 1ª FASE

#### 1.- Perfil de la persona con necesidades sociosanitarias.

- Definición de la persona con necesidades sociosanitarias: perfiles, morbilidad y patologías.

#### 2.- Cartera/Catálogo de Servicios sociosanitarios

- Servicios para su atención: quién le atiende, cómo y dónde:

Definir los medios profesionales y materiales adaptados a estas necesidades de atención, así como los requisitos y condiciones precisas para una adecuada atención.

- Dispositivos de atención:

Los recursos pueden ser públicos, privados, o concertados, con el objetivo de cubrir todas las necesidades sociosanitarias de las personas, lo más cerca posible del entorno de la persona que lo precise.

- Atención en el domicilio: atención domiciliaria y atención ambulatoria.
- Atención en centros: hospital, unidad, servicio, centro residencial.

El domicilio es un ámbito de atención integrado dentro del nivel asistencial de atención primaria.

**3.- Requisitos básicos y comunes** de acreditación y autorización que deben cumplir los dispositivos de atención sociosanitaria (centros, servicios, unidades), con criterios homogéneos en todo el territorio nacional.

#### 4.- Instrumentos:

- Instrumentos de coordinación y seguimiento de los pacientes: comisiones sociosanitarias, gestor de casos.

La asignación de la persona a los recursos asistenciales puede activarse tanto desde el hospital de agudos, como desde la atención primaria o los equipos domiciliarios. Una vez definida la ubicación, el equipo de los profesionales del nivel de destino se

convierte en responsable del caso y tomará decisiones de reubicación de forma autónoma dentro del circuito sociosanitario, al igual que ocurre en otros niveles asistenciales.

#### **5.- Sistemas de Información compartida: Historia sociosanitaria**

- Código de identificación único.
- Instrumentos: Case Mix, CMBD, Historia Clínica, Tarjeta Sanitaria, historial básico social
- Nuevos soportes de tecnologías de la información y comunicación.

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 que este nivel asistencial requiere.

### **2ª FASE**

#### **6.- Financiación**

Deberá definirse el modelo y los criterios para la implementación, teniendo en cuenta la distinta naturaleza de los agentes que intervienen en la actualidad tanto en los Servicios Sociales como en los Servicios Sanitarios.

Podría hacerse por procesos, utilizando la financiación propia de los dos sistemas, sanitario y de servicios sociales, con aportación de los usuarios de acuerdo con el proceso a que haya lugar y su capacidad económica. En todo caso debe garantizarse la transparencia en la aportación de fondos.

## **1.- PERFIL DE LA PERSONA CON NECESIDADES SOCIOSANITARIAS**

### **Antecedentes**

Para la definición del perfil de la persona con necesidades sociosanitarias, se han seguido las recomendaciones contenidas en el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria de 2011 y en el Informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria de 2013, por cuanto constituyen dos importantes documentos que cuentan con un amplio consenso profesional, político y sectorial, dada la metodología llevada a cabo en su elaboración, donde se ha contado con una alta participación de todos los agentes implicados.

#### **➤ El Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria, de 15 de diciembre de 2011.**

Constituye un documento relevante en el análisis de la atención sociosanitaria en España, incluyendo distintas aproximaciones conceptuales y terminológicas, entre las que figura la del paciente sociosanitario, que a continuación se transcribe:

*La coordinación entre los servicios sanitarios y sociales trae consigo beneficios para cualquier ciudadano 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. Estos últimos son los que conforman la población diana de la atención sociosanitaria.*

*Por tanto, el paciente sociosanitario es 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 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- unido a ciertos déficits funcionales que le impiden realizar las actividades de la vida diaria (AVD) sin la ayuda de una tercera persona. Lo que determina el concepto es la suma de ambos factores: la cronicidad de la enfermedad del paciente y su situación de dependencia.*

*En línea con este concepto, podríamos decir que la población susceptible de atención sociosanitaria incluye personas con enfermedades crónicas progresivas, con enfermedades en situación terminal o enfermedades mentales, personas con discapacidades físicas y/o sensoriales y personas con discapacidades psíquicas o intelectuales, en las que coexista, además de la enfermedad o discapacidad, una situación de dependencia sin que ello suponga una clasificación exhaustiva ni la exclusión de las prestaciones de asistencia social y/o sanitaria al resto de grupos de población con necesidades asistenciales que no queden aquí enunciadas.*

*Este concepto se basa, principalmente, en los cambios sociodemográficos y epidemiológicos actuales y la necesidad de prestar una atención integral y continua, mejorando la calidad asistencial y garantizando la cobertura sanitaria y social a estos colectivos.*

**El perfil del paciente sociosanitario es:**

1) ANCIANO FRÁGIL con pluripatología o enfermedad crónica que desarrolla una incapacidad funcional temporal o definitiva.

2) PERSONAS ADULTAS

a) que tras un episodio clínico agudo, presentan disminución de las capacidades funcionales y precisan tratamiento de rehabilitación.

b) con enfermedad crónica avanzada o, con descompensación de la misma, que precisan convalecencia con el fin de alcanzar la estabilización clínica.

3) Personas con enfermedades en situación clínica de ENFERMEDAD TERMINAL que precisan cuidados paliativos.

4) Personas con TRASTORNOS COGNITIVOS SOBREVENIDOS O DEGENERATIVOS que precisan atención para la recuperación total o parcial de su déficit cognitivo o para retrasar el deterioro irreversible.

*Merecen, en este apartado, especial atención las personas mayores, por reunir características específicas y poseer una serie de particularidades en el modo de enfermar y en sus necesidades de asistencia sanitaria y social ya que:*

a) *Padecen enfermedades específicas que son mucho más prevalentes en este grupo de edad.*

b) *Es habitual la existencia de pluripatología.*

c) *El patrón evolutivo es una tendencia frecuente hacia la incapacidad y la dependencia, especialmente si no se aplica un diagnóstico correcto y un tratamiento precoz.*

d) Sin tratamiento adecuado el deterioro puede ser más rápido que a otras edades y la recuperación más lenta.

e) Como grupo de población, presentan una gran heterogeneidad individual, tanto en su situación basal de salud y funcionalidad, en la prevalencia de enfermedad, como en el pronóstico de sus problemas de salud y su capacidad de recuperación y de respuesta al tratamiento.

Para que la atención a este tipo de paciente sociosanitario quede garantizada, dada la alta variabilidad de las situaciones personales de los ciudadanos que se encuentran en situación de dependencia, será preciso incorporarlos al proceso de confección y diseño del dispositivo sociosanitario, ya que, necesariamente, para la efectividad del mismo será imprescindible contemplar sus expectativas, preferencias, demandas, pautas y estilo de vida, principalmente en el ámbito domiciliario. 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.

➤ **El Informe sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria, elaborado por el Consejo Asesor de Sanidad.**

Aprobado por su Comisión Permanente el día 5 de marzo de 2013, contiene distintos apartados referentes al perfil del paciente sociosanitario:

12. La atención sociosanitaria debe referirse preferentemente a enfermedades de larga duración y, en particular, a enfermedades crónicas, convalecencias, recuperación funcional, cuidados paliativos, atención subaguda y atención postaguda.

Habitualmente se orienta a enfermos subagudos con riesgos de descenso funcional y de reagudización, con frecuentes visitas a urgencias e ingresos hospitalarios y/o con dificultades para tratamiento domiciliario por causas clínicas o sociales.

Es importante destacar el papel de la atención post-aguda, que persigue un tratamiento integral del enfermo mayor frágil con una enfermedad aguda reciente o un accidente. Gracias a ella disminuirán las estancias en hospitales de agudos. Esto se logra mediante un traslado precoz a unidades de convalecencia.

De otra parte, con la llamada atención subaguda se persigue ofrecer un tratamiento integral a personas con enfermedad crónica conocida y muy evolucionada, reduciendo o evitando la estancia en centros de agudos mediante un tratamiento en una unidad de menor complejidad terapéutica.

13. Es necesario establecer la tipología de las causas de las patologías que deben ser atendidas, considerando las características que concurran en las distintas situaciones

*de falta de autonomía personal o de discapacidad, así como su prevalencia actual y las perspectivas de futuro.*

*A tal efecto, especialmente los Médicos y las Enfermeras de Atención Primaria, deberían identificar a los pacientes crónicos, pudiendo contar para ello con la colaboración de la farmacia comunitaria, mediante los adecuados Protocolos y guías consensuadas y el apoyo o intervención de los fisioterapeutas y de los médicos rehabilitadores cuando el proceso o caso así lo requiera.*

*También se considera conveniente contar con información para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que permita estratificar la población para conocer el riesgo, la fragilidad y la complejidad, la necesidad de cuidados y autocuidados de los ciudadanos y así poder dar una respuesta asistencial adecuada y predecir el riesgo de morbilidad y el volumen y carácter de recursos sanitarios precisos.*

*En este sentido resulta de evidente interés contar con información sobre los procesos de “entrada o no” en situaciones que requieren atención sociosanitaria y de transición en sus diferentes estadios, considerando las características de los individuos, tanto propias como las externas provenientes de su entorno vital.*

*Entre los pacientes con necesidades de atención sociosanitaria destacan los siguientes perfiles:*

- *Personas con pluripatología (más de 2/3 diagnósticos) y enfermedades crónicas de larga evolución.*
- *Personas con demencias avanzadas o con algún trastorno cognitivo de tipo crónico que requieran cuidados sanitarios complejos.*
- *Personas que sin patología previa relevante sufren un proceso, que, superada la fase aguda, causa incapacidad grave potencialmente reversible.*
- *Personas que tras una intervención quirúrgica o un proceso agudo sufren un cuadro clínico que requiere estabilización o una cierta intensidad terapéutica compleja, curas y/o alguna exploración complementaria antes de volver al domicilio.*
- *Paciente geriátrico frágil.*
- *Personas con enfermedades avanzadas sin expectativas de curación y con un pronóstico de vida limitado que requieren un tratamiento sintomático y confort.*
- *Personas que necesiten cuidados y curas de enfermería, o administración de medicamentos que requiere técnicas de enfermería, o tratamientos preventivos complejos.*
- *Personas que necesiten recuperar funciones, y que por circunstancias funcionales o sociales, no lo puedan realizar ambulatoriamente.*
- *Entre las personas con discapacidad, cabe señalar como grupos que precisan más atención sociosanitaria las personas con enfermedad mental, las personas*

*con daño cerebral adquirido, las personas con enfermedades de baja prevalencia y las personas con enfermedades neurodegenerativas, entendiéndose siempre que la discapacidad torna a las personas que la presentan en usuarios más intensos de atenciones de salud y sociales.*

- *También habrán de contemplarse a estos efectos las enfermedades raras.*

*Ante estos perfiles debería fijarse un elenco genérico y flexible de situaciones de hecho que, una vez acreditada su concurrencia, posibiliten que la persona ingrese en el modelo de atención sociosanitaria. No ha de tratarse de un nuevo “baremo” social (discapacidad o dependencia) o sanitario (diagnóstico o pronóstico), sino un juicio apreciativo formado a partir de los elementos de todo tipo sobre la persona ya existentes o que se puedan producir.*

## **PROPUESTA**

**1.- Personas con enfermedades crónicas de larga evolución** (más de dos o tres diagnósticos) y que, tras procesos agudos han generado incapacidades funcionales y gran complejidad.

- Afectaciones del Sistema Nervioso Central.
- Enfermedades del sistema osteomuscular.
- Enfermedades del sistema cardiocirculatorio, respiratorio, digestivo, etc.
- Otros.

**2.- Personas con demencias avanzadas o con algún otro trastorno cognitivo, y adicciones, de tipo crónico** que requieran cuidados sanitarios complejos.

- Enfermedad de Alzheimer.
- Demencias.
- Adicciones.

**3.- Personas que, sin patología previa relevante, sufren un proceso** que, superada la fase aguda, **causa incapacidad grave potencialmente reversible.**

- Accidente Cerebro Vascular.
- Fractura de cadera.
- Amputaciones.
- Síndromes de inmovilidad.
- Enfermedades cardiorrespiratorias.
- Otras.

**4.- Personas que, tras una intervención quirúrgica (postquirúrgicos) o un proceso agudo (subagudos o postagudos) sufren un cuadro clínico que requiere estabilización o una cierta intensidad terapéutica compleja, curas y/o alguna exploración complementaria** antes de volver al domicilio.



- Complicación de una herida quirúrgica.
- Cuadro clínico postneumonía que requiere oxigenoterapia.
- Otros.

**5.- Paciente geriátrico frágil**, persona con una reserva funcional disminuida y que, además, sufre algún síndrome geriátrico, como depresión, caídas, incontinencia, etc., que requiere una evaluación geriátrica y seguimiento posterior o un tratamiento rehabilitador intenso.

**6.- Personas con enfermedades en grado avanzado sin expectativa de curación y con un pronóstico de vida limitado que requieren un tratamiento sintomático y confort.** Estas personas sufren un proceso crónico incurable y progresivo, sin posibilidades de respuesta a tratamientos específicos, con pronóstico de vida igual o inferior a 12 meses, con presencia de sintomatología física o emocional, y con posibilidad de claudicación de sus cuidadores.

- Neoplasias.
- Patologías crónicas en últimos estadios (Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Demencias, otros).

**7.- Personas que necesiten cuidados y curas de enfermería, o administración de medicación que requiere técnicas sofisticadas de enfermería, o tratamientos preventivos complejos** para los que no es necesario ocupar una plaza en un Hospital de Agudos, pero que no pueden ser atendidas en su domicilio, ambulatoriamente o en un hospital de día.

- Curas complejas de heridas (quirúrgicas, vasculares, por presión, quemaduras).
- Sueroterapias.
- Sonda Nasogástrica.
- Transfusiones.
- Oxigenoterapia.
- Otros.

**8.- Personas que necesiten recuperar funciones, y que por circunstancias funcionales o sociales, no lo pueden realizar ambulatoriamente o en su domicilio.**

- Reeducción motriz propia de tipo fisioterápica y/o ergoterápica.
- Terapia ocupacional.
- Psicoterapia (Psicoestimulación u orientación a la realidad).
- Reeducción de la vejiga urinaria.
- Otras.

**9.- Niños y adolescentes, con discapacidad intelectual o física, con necesidades de apoyo extenso y/o generalizado, y que pudiendo tener graves dificultades motoras y/o de salud, presentan trastornos de conducta y/o requieren atención especializada**

**para atender su discapacidad física.** Se trata de niños y adolescentes con procesos tributarios de atención de media estancia (convalecencia, subagudos, paliativos).

- Cuidados sanitarios (médicos y de enfermería) con el objetivo de reintegrar a su nivel de procedencia.
- Reeduación motriz propia de tipo fisioterápica y/o ergoterápica.
- Terapia ocupacional y mantenimiento en el Sistema Nacional de Educación.
- Psicoterapia (Psicoestimulación y/o orientación a la realidad).

Cada uno de los perfiles descritos con anterioridad, pueden padecer problemas sociales de forma independiente a su proceso patológico/funcional. Estos problemas deberán ser tratados o atendidos de forma coordinada con la atención social que se requiera según el perfil sanitario. Los principales problemas sociales están relacionados con:

- El soporte familiar y social: capacidad del cuidador y su entorno.
- La convivencia/núcleo familiar y sus niveles de relación.
- Las condiciones de la vivienda.
- La situación económica.
- La disponibilidad de los recursos asistenciales necesarios.

## **2.- CARTERA Y CATÁLOGO DE SERVICIOS SOCIOSANITARIOS: servicios y dispositivos de atención.**

### **Antecedentes**

Para la definición de la cartera de servicios sociosanitarios y el catálogo de los servicios y los dispositivos de atención, se analizará la normativa estatal en la materia y el contenido del Informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria de 2013.

### **Normativa estatal.**

A la hora de establecer una cartera y catálogo de servicios de atención sociosanitaria, debe tenerse en cuenta que, en el ámbito sanitario, la Constitución de 1.978 atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y a las Comunidades Autónomas la posibilidad de asumir competencias en sanidad e higiene, mientras que, en el ámbito de los servicios sociales, la Constitución no atribuye competencias al Estado en esta materia y sí prevé que las asuman las Comunidades Autónomas.

La inexistencia de una atribución competencial a favor del Estado en materia de asistencia y servicios sociales ha originado que la normativa estatal que hace referencias a la atención sociosanitaria sea escasa:

- **La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, alude a la necesaria coordinación con los servicios sociales al regular la atención sanitaria en el campo de la salud mental (art. 20).
- **El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud**, extiende esa necesaria coordinación entre los servicios sanitarios y sociales a los supuestos en que concurren problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias con situaciones de enfermedad o pérdida de salud.
- **La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, define en su art. 14, la prestación sociosanitaria en los siguientes términos:

1.- La atención sociosanitaria comprende los 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.

2.- En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- a. Los cuidados sanitarios de larga duración
- b. La atención sanitaria a la convalecencia
- c. La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3.- La continuidad del servicio será 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**, incluye referencias a la intervención coordinada de los servicios de salud y de los servicios sociales en diferentes áreas de atención:
  - Atención comunitaria.
  - Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
  - Atención a las personas mayores en riesgo.
  - Atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas.
  - Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades.
  - Atención a la salud mental.
- **La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**, incluye en su articulado diversas referencias a la atención sociosanitaria:
  - Entre los principios inspiradores de la Ley incluye la atención de forma integral e integrada; la calidad de los servicios; y la colaboración de los servicios sociales y sanitarios. art. 3, c, j y l).
  - Atribuye a las Comunidades Autónomas la función de establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención (art. 11.c).
  - Alude a la coordinación de los servicios sociales y sanitarios para el desarrollo de actuaciones en orden a la prevención de las situaciones de dependencia (art. 21).

- **El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones**, modifica y añade distintos artículos de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, estableciendo:
  - Una nueva categorización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.
  - La aplicación de la cartera básica de servicios asistenciales a los centros sanitarios o sociosanitarios, garantizando la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta
  - En el contenido de la cartera común de servicios deberá tenerse en cuenta el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo.
  
- **Acuerdo del consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para Autonomía y Atención a la Dependencia, donde se aprueba el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales, de 16 de enero de 2013.**

A la vista de lo anterior, y como consecuencia de la distribución competencial que ha conducido a un panorama muy diverso en cuanto a normas, prestaciones y servicios, con el fin de responder a la necesidad de alcanzar un acuerdo entre el Estado y las comunidades autónomas en materia de Servicios Sociales, como un elemento fundamental de cohesión social y apoyo a las personas, así como para servir de marco de referencia para todas las Entidades que forman parte del Sistema de Servicios Sociales, el 16 de enero de 2013, se alcanzó un Acuerdo en el seno del consejo Territorial de Servicios Sociales y del sistema para Autonomía y Atención a la Dependencia, aprobando el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales.

- **El Informe sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria, elaborado por el Consejo Asesor de Sanidad.**

El Informe elaborado por el Consejo Asesor de Sanidad y aprobado por su Comisión Permanente el día 5 de marzo de 2013, recomienda al respecto:

*16.- Habría que regular la cartera de servicios según criterios de eficiencia y de calidad asistencial, garantizando su aplicabilidad en todo el territorio nacional. Esta cartera debería regirse por criterios clínicos y de atención social habilitadora y de*

*coste-efectividad, lo que consecuentemente implica una evaluación periódica de las prestaciones.*

*El desarrollo de nuevas estrategias para incorporar la atención sanitaria integral en la cartera de servicios, debería pasar por la:*

- *Reasignación de roles*
- *El desarrollo de un verdadero trabajo en equipo, en el que los profesionales tienen "plena autonomía técnica y científica".*
- *La incorporación de herramientas que permitan una mejora en la prestación de la asistencia, es decir, protocolos y guías de práctica clínica y asistencial.*

*17.- Se hace preciso Incluir en la cartera de servicios la prevención de patologías, en particular las crónicas, y la promoción de la salud y la detección precoz de este tipo de situaciones.*

*A ello contribuirá la autoresponsabilización de los pacientes y cuidadores, fomentando el autocuidado, para lo cual son necesarias acciones de información y guías.*

*El hecho de no utilizar los conocimientos disponibles en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas es una temeridad. Por eso, es necesario promover medidas de prevención, haciendo frente a los distintos factores de riesgo, mediante la modificación de los estilos de vida y las características ambientales, así como sus determinantes sociales y económicos (estrategia de población) y la identificación y el manejo de los factores de riesgo en los sujetos que están especialmente expuestos.*

*La educación para la salud, el ejercicio físico y los hábitos alimentarios deben ser prioritarios para las autoridades y para los ciudadanos.*

*Las asociaciones también pueden colaborar eficazmente. Entre todos hay que promover un auténtico cambio cultural.*

*En el establecimiento de la cartera de servicios del modelo, deberá incluirse con la debida relevancia todos aquéllos que potencien la prevención, la detección temprana y la promoción de la salud y la autonomía personal, en concreto, deberá asegurarse a la persona los siguientes apoyos o recursos:*

- *Formación a través de consejos y hábitos saludables.*
- *Conciencia activa de prevención.*
- *Dispositivos de alerta para la detección precoz y la atención temprana de los casos.*
- *Desarrollo de habilidades de la persona y de su entorno de promoción de la autonomía personal.*

*22.- También es necesario garantizar una adecuada gestión de la prestación farmacéutica en el ámbito sociosanitario, de modo que se lleve a cabo en condiciones de equidad y de accesibilidad, implantando procedimientos de colaboración entre profesionales sanitarios y de coordinación entre los centros residenciales y de día y los*

centros de salud, los hospitales y las oficinas de farmacia, tanto a efectos de prescripción como de dispensación.

- Realizar un registro integral del paciente, de los tratamientos farmacológicos, productos sanitarios, nutrición enteral, dietoterápicos, etc., de acceso para los profesionales sanitarios responsables del paciente.
- Aprovechar el potencial y la capilaridad de la red asistencial de farmacias para conseguir una atención sociosanitaria integral y accesible, coordinándose con los servicios de salud y sociales, ya sean residenciales, de día o en el domicilio.
- Seguimiento del tratamiento farmacológico del paciente sociosanitario mediante procedimientos que faciliten la intervención multidisciplinar, la detección de problemas relacionados con el uso de los medicamentos (duplicidades, interacciones, efectos adversos, contraindicaciones, etc.) y la adherencia a los tratamientos.
- Sistemas individualizados de administración de medicamentos, como los sistemas personalizados de dispensación (SPD), para mejorar la adherencia a los tratamientos, teniendo en cuenta las características específicas de los pacientes.
- Colaborar para un uso seguro, responsable y eficiente de los medicamentos y productos sanitarios, ateniéndose a las mejores prácticas para la correcta conservación, preparación y administración (formas farmacéuticas complejas, etc.)
- Actividades informativas a los pacientes y personal del centro sobre medidas de autocuidado, promoción de la salud y de la autonomía personal y prevención de la enfermedad.
- Colaboración en la elaboración de guías farmacoterapéuticas de uso en el centro sociosanitario.

23.- También se potenciará la atención farmacéutica domiciliaria desde la oficina de farmacia, los supuestos de polimedicación, la bioapariencia en los medicamentos y la teleasistencia, promoviendo acuerdos entre las administraciones sanitarias, responsables de los servicios de ayuda domiciliaria, impulsando la mejora en el uso de los medicamentos y productos sanitarios, de nutrición enteral o dietoterápicos.

Dichos acuerdos definirán los criterios para la incorporación de los pacientes a programas de atención farmacéutica domiciliaria, y los requisitos que deberán cumplir las farmacias que deseen intervenir en dichos programas. En estos podrían incluirse aspectos de interés como:

- Indicación farmacéutica y seguimiento del tratamiento farmacológico del paciente. Implantación de procedimientos que faciliten la intervención multidisciplinar, la detección de problemas relacionados con el uso de los medicamentos (duplicidades, interacciones, efectos adversos, contraindicaciones, etc.) y la adherencia a los tratamientos.

- *Detección de enfermedades ocultas y derivación al profesional médico.*
- *Sistemas individualizados de administración de medicamentos, como los sistemas personalizados de dispensación (SPD), para mejorar la adherencia a los tratamientos, teniendo en cuenta las características específicas de los pacientes.*
- *Formación del paciente y/o cuidador en el uso seguro, responsable y eficiente de los medicamentos, su conservación y correcta administración.*
- *Educación sanitaria al paciente y/o cuidador sobre medidas de autocuidado, promoción de la salud y la autonomía personal y prevención de la enfermedad*

*24.- Se pondrá especial cuidado en el seguimiento de los problemas y de los resultados en la utilización de fármacos y productos sanitarios, la adherencia a los tratamientos y la vigilancia de botiquines domésticos.*

*Para ello las farmacias llevarán a cabo servicios dirigidos a la revisión, cumplimiento y seguimiento de los tratamientos, en coordinación con el médico prescriptor, para detectar y prevenir problemas relacionados con los medicamentos.*

## **PROPUESTA**

La atención sociosanitaria deberá promover fórmulas de atención y apoyo que permitan, a ser posible, la permanencia del paciente en su contexto sociofamiliar, para ello se ha de contar con una cartera de servicios suficiente, accesible, complementaria, equilibrada y coordinada entre ambos sectores en cada territorio, debiéndose definir criterios claros de inclusión para cada prestación.

Los servicios sociosanitarios son agregados de prestaciones incluidas en los respectivos catálogos y carteras del sistema social y sanitario, si bien aplicadas de forma coordinada, simultánea y estable, compuesta por:

### **Servicios de prevención**

La atención sociosanitaria debe estar integrada en la estrategia de prevención del Sistema Sanitario y Social. En concreto, se debe incluir una prevención de las complicaciones asociadas a patologías crónicas, físicas o mentales, en especial las de los pacientes crónicos complejos, con medidas de promoción de la salud, detección precoz de agudizaciones y toma de decisiones anticipadas.

### **Servicios de atención residencial:**

Larga estancia



- Convencional.
- Psicogeriátrica.
- SIDA, TB conflictiva y otras enfermedades que comporten una larga duración en el tratamiento y seguimiento, asociada a problemas sociales.

#### Media estancia

- Convalecencia.
- Paliativos.

#### **Servicios de atención diurna o nocturna sociosanitarios:**

- Atención de día de evaluación integral.
- Atención de día rehabilitador.
- Atención continuada de mantenimiento y prevención de crisis.

#### **Servicios Ambulatorios:**

Constituida por servicios de atención domiciliaria sociosanitaria y equipos de soporte en domicilio:

- Cuidados postquirúrgicos
- Manejo de vías subcutáneas.
- Manejo de vías endovenosas.
- Curas de úlceras de piel (UPP, vasculares, etc.)
- Necesidad de realizar controles de constantes (frecuencia cardíaca, PaO<sub>2</sub>, ECG, glucemias, etc.) que puedan controlarse a distancia (Telemedicina).
- Ayuda a domicilio y apoyo a la unidad de convivencia.
- Teleasistencia y Telemedicina.
- Atención especializada a la persona y a la familia en los casos de mayor complejidad.
- Geriátrica.
- Cuidados paliativos.
- Atención especializada, según requerimientos sanitarios.

#### **Servicio de farmacia sociosanitario:**

- En oficinas de farmacia
- En centros Residenciales
- En centros de atención diurna o nocturna
- En domicilio

### **3.- REQUISITOS BÁSICOS Y COMUNES**

#### **Antecedentes**

Para la definición de los requisitos básicos y comunes que deben cumplir los dispositivos de atención sociosanitaria, se han seguido las recomendaciones contenidas en el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria de 2011 y en el Informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria de 2013, por cuanto constituyen dos importantes documentos que cuentan con un amplio consenso profesional, político y sectorial, dada la metodología llevada a cabo en su elaboración, donde se ha contado con una alta participación de todos los agentes implicados.

#### **➤ El Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria.**

En dicho documento, se establece una definición de los dispositivos de atención:

#### *Centro Sociosanitario*

*En términos generales, se conocen los centros sociosanitarios como aquellos en los que se ofrecen cuidados personales destinados a la atención a la dependencia y cuidados sanitarios destinados a atender la enfermedad.*

*Pero el concepto no es unívoco en España. En algunas Comunidades, los centros sociosanitarios se configuran como recursos del sistema social o están tipificados exclusivamente como sanitarios aunque de menor intensidad. En otras, estos centros ofrecen prestaciones diferenciadas en módulos de atención sanitaria y de atención social. Con independencia de a qué sistema corresponda, en cada caso, su gestión, el concepto hace referencia a aquellos centros en los que se atienden necesidades de carácter sociosanitario en distintas proporciones.*

#### *Red Sociosanitaria*

*Se define la red sociosanitaria como un conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención sociosanitaria de las personas en situación de dependencia. Su objetivo es la creación de un nuevo espacio de atención del que forman parte algunos de los recursos del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Servicios Sociales, así como nuevos servicios específicos para la atención sociosanitaria.*

➤ **El Informe sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria, elaborado por el Consejo Asesor de Sanidad.**

El Informe, aprobado por su Comisión Permanente el día 5 de marzo de 2013, recomienda al respecto:

*20.- Habría que abordar el estudio de las infraestructuras existentes, sanitarias y sociales (públicas y privadas, incluidas en su caso las entidades asociativas, así como de iniciativa social no lucrativa), que deberían funcionar en red, respondiendo a criterios de continuidad y calidad asistencial, de coordinación efectiva y de coste-eficacia, según itinerarios personalizados y operando conforme al método de gestión de casos.*

*También es preciso analizar, en función de la pirámide de población y de la morbilidad, las necesidades de recursos de infraestructuras sociales y sanitarias, definir la cartera de servicio de las mismas y los sistemas de ingreso y reubicación (derivación) de los pacientes y usuarios en función de sus necesidades.*

*De otra parte, los centros que presten servicios socio-sanitarios deberían ser correctamente identificados, tanto por su finalidad, residencial, social o sanitaria, como por su financiación, pública o privada.*

*Todos los centros deberían estar debidamente autorizados según la legislación vigente y estar acreditados por los organismos competentes.*

*Todos los centros y servicios que presten atención sociosanitaria, públicos o privados, de cualquier tipo o clase se integrarán en red, tanto entre ellos, como con los servicios y centros de atención sanitaria primaria y especializada, a fin de garantizar la continuidad asistencial y la coordinación efectiva de los recursos disponibles, evitando duplicidades y pérdidas de información.*

### **PROPUESTA**

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

La atención sociosanitaria se puede proporcionar en diferentes niveles asistenciales:

#### **Servicios de atención residencial:**

- Centros sociosanitarios.
- Centros residenciales adecuadamente acreditados para la prestación de atención sociosanitaria (bien todo el centro o unidades específicas).
- Centros hospitalarios, que por su especial situación geográfica u otra, requieran una unidad específica.

#### **Servicios ambulatorios:**

- Servicios en el propio domicilio, a través de equipos especializados de atención domiciliaria y atención primaria sanitaria y social.
- Hospitalización a domicilio sociosanitaria.
- Servicios en centros acreditados para la atención ambulatoria: Hospital de día.

**Sistema común de Autorización y Acreditación:**

Ante la diversidad de modelos de atención y gestión sociosanitaria, sería muy conveniente la existencia de un sistema común de autorización y acreditación de centros y servicios así como la existencia de un Registro/Catálogo de Centros y Servicios Sociosanitarios, debiendo consensuarse al efecto los criterios a determinar para su implementación.

BORRADOR

#### **4.- INSTRUMENTOS**

##### **Antecedentes**

Para la definición y propuesta de los instrumentos de atención sociosanitaria dirigidos a una correcta gestión de los casos que se produzcan, se han tenido en cuenta las recomendaciones contenidas en el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria de 2011, en el Informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria de 2013 y la Estrategia para la Abordaje a la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012, por cuanto, como ya hemos señalado, constituyen importantes documentos que cuentan con un amplio consenso profesional, político y sectorial, dada la metodología llevada a cabo en su elaboración, donde se ha contado con una alta participación de todos los agentes implicados.

- **El Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria.**

##### **Estructuras y procedimientos de coordinación:**

*La gestión efectiva de una atención integral, sociosanitaria y compartida, capaz de atender las necesidades complejas de las personas que requieren servicios de ambos sistemas asistenciales, requerirá de mecanismos claros de coordinación a nivel político y técnico respaldados por procedimientos comunes que garanticen una actuación sinérgica y eficiente. Las organizaciones deberán estar preparadas para evolucionar adaptándose a las necesidades progresivamente cambiantes de la sociedad. Resultan imprescindibles mecanismos de coordinación, tanto en la toma de decisiones estratégicas como en la intervención inmediata que allanen el camino que se ha decidido compartir y que no deben perder en ningún caso la perspectiva del bienestar del usuario/paciente y la solución en el menor tiempo posible de su problemática.*

**13) Creación de estructuras de gestión y coordinación sólidas y ágiles, tales como consejos regionales, comarcales, comisiones sociosanitarias o la aparición de figuras como la del gestor de casos a diferentes niveles asistenciales, mejorará la atención integral y la continuidad asistencial intersectorial. El modelo de gobernanza compartida, debe asegurar la representación de los diferentes agentes implicados a lo largo del continuum asistencial. La conformación de grupos de trabajo y de comisiones de gestión entre lo sanitario y lo social, deberán procurar en la medida de lo posible, el equilibrio paritario de los equipos operativos. Las competencias y toma de decisiones**

asignados a cada nivel asistencial deberán estar claramente definidas. Se deben articular asimismo, mecanismos de coordinación, en los niveles político y técnico, que organicen la gestión del cambio en la nueva cultura compartida: para ello, la regulación normativa de las estructuras de coordinación será de gran ayuda.

**14) Gestión por procesos.** A lo largo de todo el continuum asistencial existe un conjunto de actividades interconectadas e interrelacionadas entre sí. Adoptar un enfoque basado en procesos intersectoriales se ha revelado en distintos sectores como una opción efectiva. Los procesos clave, estratégicos y de soporte han de ser identificados y elaborados conjuntamente entre ambos sectores para minimizar la burocratización, mejorar la eficiencia, facilitar su puesta en marcha, permitir el trabajo en equipo y, en todo caso, evaluar la conveniencia de futuras modificaciones en función del cambio de las necesidades de los pacientes.

**15) Establecimiento de protocolos conjuntos de actuación.** Es preciso implementar medidas que permitan un acercamiento de ambas redes de recursos, establecer mecanismos de coordinación, protocolizar las actuaciones compartidas y potenciar la actuación conjunta de los profesionales.

**16) Diseño de protocolos asistenciales.** Se considera una prioridad definir una política asistencial común. Diseñar guías prácticas y protocolos asistenciales conjuntos, permitirá a los profesionales desarrollar mejor su actividad, definir las relaciones funcionales, el flujo de pacientes, y actuar bajo los mismos criterios para dar respuesta efectiva a la complejidad y evitar la duplicidad de actuaciones. La protocolización basada en la evidencia, garantizará una mayor eficacia en la asistencia, y repercutirá en la disminución del gasto sanitario y social.

**17) Método interdisciplinar de trabajo.** Debe fomentarse el trabajo interdisciplinar en la valoración de las necesidades y en la asistencia de las personas. Trabajar en un grupo no siempre supone trabajar en equipo. Distribuir claramente las competencias y responsabilidades de cada profesional y sector en cada caso, mejorará la valoración conjunta de las necesidades y la atención integral de calidad. Los nuevos entornos de colaboración profesional deben alinearse con una agilización de trámites y reducción de los tiempos de intervención.

**18) Establecimiento de procedimientos de derivación entre sectores.**

Resultarán de especial importancia para la continuidad de cuidados, el diseño y validación formal de mecanismos y protocolos de derivación entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales y sectores.

Serán especiales logros, aquellas iniciativas dirigidas a elaborar herramientas que de manera validada, permitan establecer vías formales de derivación de usuarios entre los recursos de diferentes personas, en función de la necesidad de atención que requieran en cada momento (altas hospitalarias a residencias, ingresos desde la comunidad, derivaciones desde recursos de institucionalización a programas domiciliarios, etc).

- **El Informe sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria, elaborado por el Consejo Asesor de Sanidad.**

**25. Se definirán los perfiles profesionales más adecuados para la composición de los equipos de gestión de casos.**

*La gestión de casos es una herramienta establecida para integrar servicios alrededor de las necesidades de individuos con problemas de larga duración.*

*Los perfiles de los profesionales del equipo tienen que ser los adecuados para:*

- *Búsqueda e identificación de casos;*
- *Valoración integral;*
- *Planificación de la atención;*
- *Coordinación de la atención;*
- *Gestión de la medicación;*
- *Soporte al autocuidado;*
- *Negociación y representación;*
- *Soporte psicosocial;*
- *Monitorización y revisión de los cuidados; y*
- *Cierre del caso si procede.*

*Para ello, entre otras medidas, es necesario:*

- *Establecer sistemas de información compartida entre los profesionales de los hospitales, de atención primaria, incluidas las oficinas de farmacia, que participan en los equipos de gestión de casos.*
- *Establecer, en el ámbito del medicamento, planes terapéuticos que integren la aportación de todos los profesionales que participan en los equipos de gestión de casos.*
- *Participar en proyectos de investigación conjuntos y en programas de formación continuada de los profesionales que intervienen en los equipos de gestión de casos.*
- *Los equipos podrían incluir, entre otros, expertos del Área Sanitaria, Atención Primaria, Servicios Sociales y Proveedores de servicios cuando no sean los de centros públicos.*

**26. El equipo multidisciplinar de gestión de casos, es un instrumento clave para la coordinación sociosanitaria.**

*La entrada del paciente en el circuito sociosanitario viene condicionada por la presencia de una patología que requiere una intervención especializada. La confluencia de factores sociales genera una necesidad de actuación coordinada.*

*La atención sociosanitaria del paciente puede activarse tanto desde el hospital de agudos, como desde atención primaria, los equipos domiciliarios o los centros residenciales o de día.*

*Cuando se identifique un caso susceptible de atención sociosanitaria debería remitirse a un Equipo multidisciplinar / Comisión Sociosanitaria de gestión de casos. Dicho equipo debería estar formado por profesionales de diferentes ámbitos asistenciales (Hospitalarios, Centros de salud, Centros sociosanitarios, Atención primaria de servicios sociales, Administración Pública) y su objetivo sería el de evaluar las necesidades sanitarias y sociales complejas que presenta el paciente y acordar el mejor recurso para atenderlas.*

*A partir de **una solución interdisciplinar que se aplique al problema (modelo de caso) se elaboraría un informe único** unificado, se planificaría la atención del paciente con el objetivo de dar respuesta a sus necesidades con una ubicación idónea en el correspondiente nivel asistencial*

*Los profesionales del nivel de destino se convertirían en responsables del caso y tomarían decisiones de reubicación de forma autónoma dentro del circuito sociosanitario.*

*La Comisión Sociosanitaria realizaría labores de gestión de lista de espera, de asignación de recursos y de coordinación con los diferentes niveles asistenciales.*

*En el seno de la Comisión se acordará a quien se encomiende las funciones de coordinación para facilitar la gestión de casos.*

*En relación a la composición de estos equipos cabría distinguir entre el ámbito urbano y rural, donde la atención se organiza en base a las circunstancias y características específicas de cada lugar.*

**27. Habrá que diseñar las características de los equipos multidisciplinarios a los que se encomiende la gestión de casos. Se establecerán protocolos sobre su forma de actuar, así como las principales herramientas y los criterios a utilizar por aquéllos.**

*Con el método de gestión de casos mejora la organización, la coordinación y la integración de la aportación de los profesionales de distinta especialidad que participan en la atención a las personas que viven una situación de salud compleja.*

*Parece obvio que el equipo básico lo deberían constituir el trabajador social, la enfermera y el médico y, en su caso, el fisioterapeuta o el médico rehabilitador como profesionales de apoyo cuando el proceso o el caso así lo requieran.*

*Los protocolos y criterios se irán desarrollando por las CC.AA. a medida que están disponibles los recursos y se determine su financiación.*

*En todo caso sería conveniente mejorar la comunicación entre enfermería hospitalaria y la de primaria en torno a cuidados y la de las trabajadoras sociales de ambos niveles.*

*El equipo de Gestión de casos será el responsable de decidir consensuadamente el recurso asistencial más adecuado en función de la Hª Clínica y de las necesidades sociales de la persona.*



**28. Será preciso seguir en las actuaciones un modelo de atención continuada.**

*El modelo de gestión de casos debe contribuir a facilitar un modelo de atención continuada y de una efectiva y auténtica coordinación de los diferentes recursos asistenciales, para que la persona pueda ser atendida en el nivel asistencial más adecuado a sus necesidades en cada momento: atención domiciliaria, atención primaria, atención residencial o atención hospitalaria.*

➤ **Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud**

**Línea Estratégica 3. Continuidad asistencial**

**Objetivo 8**

***Garantizar la atención a las personas en el sistema y ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinares y definiendo, de forma flexible y polivalente, las competencias y responsabilidades de todos los profesionales implicados en el abordaje de la cronicidad.***

*Recomendaciones*

*27. Proporcionar al ámbito de Atención Primaria la adaptación organizativa y los recursos materiales y humanos necesarios para coordinar los procesos relacionados con la cronicidad y poder prestar una mayor dedicación al desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención continuada a pacientes con condiciones crónicas de salud.*

*28. Establecer medidas que permitan mejorar la capacidad resolutive de los profesionales de Atención Primaria.*

*29. Promover la implicación activa de las alternativas a la hospitalización convencional (unidades de diagnóstico, hospitalización a domicilio, hospital de día, hospitalización de corta estancia, hospitales de subagudos, atención en residencias de personas mayores y otros recursos sociosanitarios), allá donde ya existan o donde se desarrollen ex novo, en la asistencia integral a la cronicidad.*

*30. Reorientar el desarrollo integrado de la atención domiciliaria para mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura, potenciando la actuación de los profesionales de enfermería de Atención Primaria.*

*31. Garantizar la atención 7x24 (7 días a la semana, 24 horas al día) a todos los pacientes, con resolución proactiva especialmente en el caso de pacientes con pluripatología o especial complejidad y/o en situación paliativa*

*32. Favorecer la implantación de sistemas organizativos de atención que permitan consultas y revisiones no presenciales por parte de los pacientes y de las personas cuidadoras mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.*

*33. Potenciar las actuaciones de los profesionales de enfermería en la atención a los procesos crónicos, orientando su responsabilidad en especial en el rol de educadores/entrenadores en autocuidados, en el rol de gestores de casos en pacientes*

con condiciones de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace<sup>24</sup> para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención.

34. Facilitar la incorporación de los fisioterapeutas de Atención Primaria en los programas de prevención, atención domiciliaria, formación de pacientes y personas cuidadoras.

35. Establecer medidas que garanticen que los profesionales de Trabajo Social Sanitario pueden desarrollar sus funciones de prevención y promoción de la salud, valoración de las necesidades sociales de pacientes y personas cuidadoras, planificación de la intervención social y optimización de recursos, en los niveles individual, familiar, grupal y comunitario.

36. Potenciar el papel de los profesionales de las unidades de atención al usuario, unidades de admisión y unidades administrativas, como transmisores de información y asesoramiento a la población respecto al funcionamiento de los servicios sanitarios y sociales.

37. Garantizar la identificación y la comunicación a los pacientes y personas cuidadoras del profesional referente que actuará como coordinador de su proceso de atención.

## **Objetivo 9**

**Garantizar la continuidad de los cuidados en la atención sanitaria, evitando la duplicidad de intervenciones y facilitando la transición entre niveles asistenciales.**

### *Recomendaciones*

38. Implantar la Historia Clínica Electrónica compartida.

39. Establecer objetivos e indicadores comunes y compartidos por los distintos ámbitos asistenciales, relacionados con la gestión y mejora del proceso de atención.

40. Sistematizar los modelos de evaluación y potenciar el desarrollo de cuadros de mando accesibles a todos los profesionales para favorecer la gestión y mejora de los resultados de sus intervenciones.

41. Promover mecanismos de información y comunicación, presencial y no presencial, entre los profesionales de un mismo ámbito y entre los profesionales de distintos ámbitos de atención sanitaria.

42. Favorecer la gestión por procesos asistenciales integrados y/o la definición de rutas asistenciales para las distintas condiciones de salud crónicas.

43. En la atención a pacientes pluripatológicos o con comorbilidad que precisen atención hospitalaria, establecer rutas asistenciales que contemplen la asistencia por especialistas hospitalarios generalistas (singularmente internistas y geriatras) que actúen como profesionales referentes del paciente en su paso por los distintos circuitos asistenciales y complementen, en los casos en que sea necesario, la valoración integral de los pacientes realizada por otros especialistas.

44. Garantizar la coordinación de las actuaciones de los servicios de urgencias (hospitalarios y extrahospitalarios) con los equipos de Atención Primaria.

45. Implementar estrategias de planificación de ingresos hospitalarios desde Atención Primaria tanto en salas de hospitalización convencional como en régimen de hospitalización a domicilio o mediante la utilización del hospital de día.

46. Establecer estrategias de planificación del alta hospitalaria de los pacientes que hayan sido hospitalizados o institucionalizados para garantizar que se realice la valoración integral de sus necesidades y las del entorno, se establezca un plan de cuidados y se proporcione el soporte domiciliario adecuado al alta, identificando y priorizando los pacientes con mayor riesgo de reingreso y/o descompensación.

47. Mejorar la transición del paciente en edad pediátrica con enfermedad crónica a la consulta de adultos, flexibilizando e individualizando el límite de edad en que se realiza esta transición.

## **Objetivo 10**

**Garantizar la atención continuada de las personas cuyas condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico requieran atención sanitaria y social, impulsando la integración asistencial a nivel estructural y organizativo.**

### *Recomendaciones*

48. Potenciar los mecanismos de coordinación entre los profesionales del sistema sanitario y los profesionales de los servicios sociales, en el caso de personas dependientes, para el seguimiento y evaluación de los planes de intervención resultantes de la valoración integral de sus necesidades y de las necesidades de las personas cuidadoras y la emisión de los pertinentes informes de situación.

49. Incorporar en los informes clínicos aspectos relacionados con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria para facilitar la valoración de la discapacidad y la dependencia.

50. Facilitar el acceso de los profesionales de la salud y de servicios sociales a los contenidos del historial clínico y social de las personas internadas en instituciones sanitarias y sociales cuyo conocimiento sea necesario para su correcta atención, garantizando en todo caso el derecho a la protección de datos de carácter personal.

51. Fomentar, en Atención Primaria, en residencias de personas mayores y en el ámbito de servicios sociales, la práctica del trabajo social individualizado por casos (especialmente en el ámbito familiar) y de grupos (en el ámbito de los servicios sociales comunitarios), con el fin de promover programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

52. Incorporar de forma sistemática la intervención familiar, las intervenciones sociales y del entorno en el proceso de atención a las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.

53. Promover e impulsar programas de asesoramiento y apoyo para las personas cuidadoras de pacientes con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, en especial las asociadas a discapacidad y dependencia, con el fin de que sean también agentes activos en tareas de promoción, preventivas, asistenciales y recuperadoras.

## **Objetivo 11**

**Identificar en cada paciente su nivel de necesidad y facilitar la provisión de intervenciones específicas adecuadas a cada necesidad.**

## Recomendaciones

55. *Garantizar la valoración integral (biomédica, psicológica, funcional y social) y multidisciplinar de las necesidades de los pacientes con especial énfasis en la valoración de la red de apoyo sociofamiliar.*

56. *Implantar planes individualizados de atención, contando con la participación de los pacientes y personas cuidadoras en su elaboración, adaptados a sus necesidades, valores, deseos y preferencias, procurando el seguimiento y evaluación de los mismos y la asignación de los recursos sanitarios y/o sociales que mejor se adecuen a las necesidades del paciente y de las personas cuidadoras.*

57. *Potenciar la Gestión de Casos en la atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas y pacientes pluripatológicos.*

## Objetivo 15

**Mejorar el acceso (disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad) a los sistemas sanitarios y sociales y optimizar los procesos de atención a fin de que se consigan resultados equitativos en los diferentes grupos sociales.**

## Recomendaciones

76. *Adecuar las estructuras físicas y organizativas de los sistemas sanitarios y sociales, adaptándolas a las necesidades de la población y eliminando o minimizando las barreras de tipo geográfico, temporal, económico y cultural que dificultan el acceso a dichos sistemas.*

78. *Evitar la creación de circuitos asistenciales paralelos para las personas mayores y para los pacientes pluripatológicos.*

## PROPUESTA

La figura de la **comisión sociosanitaria** y la del **gestor del caso**, constituyen instrumentos que pueden convertirse en el enlace entre el sector sanitario y social, atribuyéndoles la competencia de la **asignación del recurso correspondiente y del seguimiento** de las personas, trasladando la evolución de éstos a un equipo multidisciplinar para la futura toma de decisiones. Para lograrlo, será necesaria la puesta en marcha de mecanismos y procedimientos para compartir la información sobre el usuario, sanitaria y social, para así facilitar la toma de decisiones.

## Perfil profesional

El perfil del profesional encargado de la gestión del caso, debe ser el adecuado a la realidad social y sanitaria del territorio correspondiente. Los médicos, enfermeros y los trabajadores sociales pueden cumplir un papel relevante, en función de la intensidad de necesidades (sanitarias o sociales) que cada persona requiera en cada momento. No obstante, otros profesionales, como psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, personal de gestión y administración etc. pueden, también, cumplir un papel relevante.

### **Procedimiento**

La asignación/derivación de la persona hacia los distintos recursos sociosanitarios, puede activarse desde la atención especializada (hospital), desde la atención primaria (centro de salud), desde el ámbito de la atención en el domicilio o desde los dispositivos y centros residenciales, a través de la **comisión sociosanitaria**.

El **gestor del caso** una vez recibida la información por el dispositivo de atención correspondiente, inicia el proceso de asignación de recursos, estudia y valora la necesidad de atención, colabora y asesora el nivel de cuidados, organiza el **plan individualizado de atención sociosanitaria** y controla y evalúa los resultados.

## **5.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

### **Antecedentes**

Los Sistemas de Información son una herramienta fundamental en la atención socio sanitaria, para la elaboración de las propuestas, se han tenido en cuenta las recomendaciones contenidas en el Libro Blanco de la Coordinación Socio sanitaria de 2011, en el Informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre Coordinación y Atención Socio sanitaria de 2013 y la Estrategia para la Abordaje a la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012 por cuanto, como ya hemos señalado, constituyen importantes documentos que cuentan con un amplio consenso profesional, político y sectorial, dada la metodología llevada a cabo en su elaboración, donde se ha contado con una alta participación de todos los agentes implicados.

#### **➤ El Libro Blanco de la Coordinación Socio sanitaria.**

**19) Relación entre la historia clínica/historia social.** *Debe compartirse la visión poblacional desde los dos sectores, y fomentar la gestión del caso compartiendo códigos comunes de identificación. Deben existir al menos mecanismos que permitan relacionar los expedientes de la atención del sector sanitario y social, y tender al mayor acercamiento posible entre la historia clínica y la historia social de la persona.*

### **2.2.3. Propuestas de innovación tecnológica**

#### **– Tecnologías de la Información y la Comunicación**

*La incorporación efectiva de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) a la salud, ofrece nuevas oportunidades para afrontar los retos que plantea el actual sistema de salud y servir de palanca de cambio de las actuales organizaciones para poder adaptarse a los nuevos modelos de atención y coordinación que las nuevas circunstancias requieren. Pueden suponer una buena opción para facilitar la comunicación bidireccional y la interacción entre paciente, familiares y agentes prestadores de los servicios asistenciales y entre los propios profesionales, que*

*humanice y acerque la gestión, al tiempo que se incrementa la competitividad y la productividad.*

*Las TIC han de concebirse como herramientas de cambio encaminadas a conseguir un sistema más eficiente, capaz de interpretar la información que obtiene para tomar decisiones y que incremente la accesibilidad y la proximidad a las personas (reduciendo los tiempos y aumentando la capacidad de respuesta, ampliando los servicios y la confianza). Las TIC deben tender a conectar los diferentes sistemas de información y construir puentes entre los diferentes sectores, deben mejorar la calidad de la atención, la seguridad de la asistencia y facilitar el intercambio de información y opiniones entre profesionales potenciando el trabajo colaborativo y coordinado. Las TIC han de ayudar a disminuir desequilibrios y desigualdades en el acceso a los servicios, y optimizar la relación coste/beneficio. La estrategia digital debe estar basada en sistemas integrados y transparentes. Por ello, la administración social y sanitaria deben continuar avanzando en la extensión de su uso e implantación: adaptado a las características demográficas de los usuarios, principalmente de los más vulnerables, analizando los cambios organizativos y la necesaria gestión de los mismos previamente a su puesta en marcha para la consecución de la implicación de todos los agentes y utilizando como medio para su correcto establecimiento la sensibilización y formación sobre las ventajas de su adopción.*

**57) Establecimiento de criterios para incorporación de las TIC.** *La implantación de nuevas herramientas TIC como palanca de cambio de los sistemas, es compleja y requiere tiempo, recursos, esfuerzo y liderazgo. Han de establecerse normas, objetivos, criterios de utilización, e incentivos a los profesionales para fomentar su utilización. Se ha de apoyar la I+D+i como estrategia para conseguir, ante el reto de la sostenibilidad, soluciones innovadoras en salud y en bienestar, que resulten económicamente rentables. Se ha de hacer un esfuerzo en las TIC, para posibilitar el desarrollo y la implementación de herramientas válidas de las que puedan beneficiarse todos los agentes implicados en el proceso asistencial.*

**58) Definición del conjunto mínimo de datos sociosanitarios.** *Se habrá de analizar el grado de integración que requiere la información para que la coordinación resulte eficaz, asegurando la confidencialidad de los datos y estableciendo un uso responsable del conocimiento, así como la idoneidad de su visualización por parte de los interesados, definiendo un conjunto mínimo de datos sociosanitarios.*

**59) Generación de espacios virtuales de colaboración e información de pacientes y profesionales.** *Se ha de impulsar la implantación de nuevas tecnologías en el sector sociosanitario para una mayor efectividad y eficiencia, y dotar a los profesionales de los conocimientos necesarios para su correcto uso. Es necesario compartir una clara visión respecto a un nuevo modelo de salud y realizar una apuesta decidida hacia las tecnologías de la información y la comunicación capaces de acelerar su implantación. El uso de la tecnología ha de mejorar la accesibilidad a los servicios asistenciales, optimizar el tiempo disponible de los profesionales y favorecer la permanencia de los pacientes en su entorno habitual. Mejorar la gestión de casos, favorecer el acceso e*

intercambio de la información entre los propios profesionales o entre éstos y sus pacientes, minimizar el riesgo en la toma de decisiones y agilizar los procesos del sistema, asegurando la coordinación de los recursos disponibles en función de la situación y protocolos definidos.

**60) Tarjeta social y sanitaria.** Coordinar la atención social y sanitaria requiere mecanismos de identificación única de personas. En este sentido, la tarjeta social o sanitaria unificada o, al menos, la compatibilidad de los códigos que las identifiquen (código de identificación de la persona), favorecería la disponibilidad de información, el tratamiento de la misma y la movilidad de éstos dentro de los propios sistemas.

**61) Sistemas de información compartidos.** En la provisión de cuidados sociosanitarios intervienen distintos agentes que continuamente deben intercambiar información. La implementación de sistemas eficientes de información que permitan la gestión de datos y el seguimiento eficaz de las actuaciones favorecerá una coordinación efectiva entre los equipos interdisciplinarios. La excesiva fragmentación entre ambos sistemas y las dificultades que esto entraña a la hora de transferir información entre los profesionales sanitarios y sociales se convierte en una clara barrera que dificulta la atención integral. El desarrollo de un sistema de información conjunto y compartido o al menos, la interoperabilidad de los que actualmente están funcionando en ambos sectores (sistemas de admisión, de gestión económica, historia clínica y social) cobran especial interés. En concreto, deberá velarse porque la información clínica de las personas atendidas en los centros sociales estén contempladas en la historia clínica del sistema sanitario, y del mismo modo, que las circunstancias que afecten a las circunstancias sociales de los pacientes atendidos en los centros sanitarios aparezcan en la historia social del usuario.

**62) Sistemas de seguimiento y evaluación de la calidad.** Los sistemas de información deben facilitar el análisis de indicadores que permitan el seguimiento de los resultados y la evaluación de la calidad de las actuaciones puestas en marcha.

**63) Soluciones tecnológicas para la comunicación y la teleatención remota.** Resulta necesario identificar y diseñar soluciones innovadoras que, utilizando de manera adecuada las TIC, mejoren la comunicación entre los profesionales y de estos con los usuarios, gestionen del conocimiento, agilicen la gestión de casos, disminuyan la burocracia en la asistencia al ciudadano, mejoren la monitorización de las personas en su entorno y aumenten la accesibilidad a ciertas especialidades de los lugares más distantes. Es conveniente promover el uso eficiente de programas de:

a) *Teleasistencia social y la telemonitorización sanitaria que ayuden a intensificar el seguimiento de la evolución de los usuarios en su entorno comunitario. (Podrían incluso evolucionar hacia una convergencia favorable).*

b) *Colaboración y comunicación interprofesional que favorezca la comunicación y el intercambio de información entre los distintos agentes implicados en el proceso.*

c) *La teleatención y comunicación personalizada con el usuario que, además de la atención en caso de necesidad, permitan fomentar la formación del paciente en su autocuidado y del cuidador en las atenciones que debe prestar al paciente en el*



domicilio. Ello requerirá seguir profundizando en los programas de alfabetización tecnológica de la población como una de las herramientas de gestión del cambio.

d) La comunicación remota debe aprovechar las oportunidades que hoy día puede ofrecer la movilidad, no sólo para la detección de situaciones de empeoramiento y alarma, sino para promover actitudes que mejoren la salud y ayuden a promover la autonomía personal.

- **El Informe sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria, elaborado por el Consejo Asesor de Sanidad.**

**11.** Es prioritario impulsar una atención integral al paciente o personas con necesidad de apoyo asistencial intenso y complejo, coordinando de modo continuo y sistemático los servicios sanitarios y los sociales e implantando una entrada única al sistema de cuidados (**código de identificación único**) y una **historia clínica electrónica única del paciente** para todos los niveles asistenciales y para todo el territorio nacional.

**28.** Será preciso seguir en las actuaciones un modelo de atención continuada.

...Para hacer posible una adecuada atención continuada convendría:

- Que **la historia clínica informatizada (la social y la sociosanitaria) sea accesible en cualquier punto del territorio nacional, siempre que lo precise el paciente.**
- Que la teleasistencia esté coordinada con el equipo base de atención continuada.
- Que en el medio rural se cuente con al menos un trabajador social de referencia vía telefónica y telemática.
- (...)

**39.** Se debería articular un sistema que facilite la gestión de la información, en particular implantando un **código de identificación único para asistencia sanitaria y para servicios sociales**, aplicando con arreglo al mismo todas las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías (tarjeta, historia clínica e historia social compartidas), facilitando así la toma de decisiones en todos los ámbitos y garantizando en todo momento la privacidad de los datos.

**41.** Es preciso promover el desarrollo tecnológico (tecnologías asistivas).

*El éxito del modelo sociosanitario y su sostenibilidad dependen en gran medida del grado de tecnologización que logre, por lo que las tecnologías asistivas deberán formar parte de todo el itinerario de atención. Las tecnologías se insertarán transversalmente en todos los estadios del proceso donde quede acreditado que son útiles a los fines de mejorar la atención, maximizar la autonomía personal y economizar los recursos.*

➤ ***Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud***

**Objetivo 9**

***Garantizar la continuidad de los cuidados en la atención sanitaria, evitando la duplicidad de intervenciones y facilitando la transición entre niveles asistenciales.***

*Recomendaciones*

*38. Implantar la Historia Clínica Electrónica compartida.*

**Objetivo 10**

***Garantizar la atención continuada de las personas cuyas condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico requieran atención sanitaria y social, impulsando la integración asistencial a nivel estructural y organizativo.***

*Recomendaciones*

*50. Facilitar el acceso de los profesionales de la salud y de servicios sociales a los contenidos del historial clínico y social de las personas internadas en instituciones sanitarias y sociales cuyo conocimiento sea necesario para su correcta atención, garantizando en todo caso el derecho a la protección de datos de carácter personal.*

**Objetivo 18**

***Promover la innovación tecnológica, su evaluación y su utilización práctica, racional y basada en la evidencia, para soporte de los procesos de abordaje de la cronicidad desde las necesidades de los ciudadanos, los profesionales y las organizaciones sanitarias.***

*Recomendaciones*

88. Fomentar la innovación en aplicación de las TICs para la prevención de la condición crónica y la dependencia.

92. Incorporar los avances en instrumentación biomédica y sensores personales que posibilitan los sistemas de la (tele) salud personal y autocuidados en entornos de vida cotidiana.

## **Objetivo 20**

***Promover la innovación en el proceso de evaluación, planificación y provisión de servicios con el fin de garantizar la equidad, eficiencia y sostenibilidad de la atención a los pacientes con condiciones de salud crónicas.***

### *Recomendaciones*

97. Desarrollar, con una perspectiva estatal, un conjunto mínimo común de indicadores de evaluación que permitan realizar un seguimiento de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, consensuados con los profesionales.

## **PROPUESTA**

Es prioritario impulsar una atención integral al paciente o personas con necesidad de apoyo asistencial intenso y complejo, coordinando de modo continuo y sistemático los servicios sanitarios y los sociales e implantando una entrada única al sistema de cuidados (código de identificación único) y una historia clínica electrónica única del paciente para todos los niveles asistenciales y para todo el territorio nacional.

Como soporte a la estrategia estatal de atención sociosanitaria, es necesario que los sistemas de información existentes o nuevos, garanticen el acceso a los servicios en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional.

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

### **1.- Historia sociosanitaria Única:**

En ella se recogerá toda la información disponible en los ámbitos social y sanitario de todo el territorio nacional. Para ello habrán de integrarse los distintos Sistemas de Información existentes en ambos ámbitos (HCD, SISAAD, SIUSS, BDD).

### **2.- Código identificador sociosanitario:**

Habrá de establecerse un identificador único de la persona con necesidades sociosanitarias.

### **3.- Conjunto mínimo de datos sociosanitarios.**

Establecer un sistema de clasificación, como instrumento de planificación y asignación de recursos, aplicable a las personas con necesidades sociosanitarias, en función de las necesidades reales y servicios que se les presta. Ello permitirá una aproximación de carácter científico a la realidad sociosanitaria, la mejora de la calidad asistencial, la elaboración de indicadores, el desarrollo de protocolos de actuación y el establecimiento de planes de cuidados.

BORRADOR