



Guía para el desarrollo de protocolos de Atención Primaria Sociosanitaria en Euskadi

13/11/2014

Contenidos

1. Introducción.....	3
1.1 Objetivo.....	3
1.2 Justificación y contexto	4
1.3 Principios rectores.....	5
2. Agentes	5
2.1 Instituciones	5
2.2 Agentes provisosores.....	5
2.3 Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria.....	6
2.4 Población diana	7
3. Protocolo de coordinación sociosanitaria.....	8
3.1 Pasos para el diseño del protocolo	8
3.2 Contenido básico del protocolo	9
3.2.1 Objetivo General	9
3.2.2 Objetivos específicos.....	9
3.2.3 Caracterización de la población diana	10
3.2.3.1 <i>Población diana</i>	10
3.2.3.2 <i>Subgrupos de población diana</i>	10
3.2.4 Instituciones y organizaciones implicadas	11
3.2.5 Comunicación y sistema relacional	11
3.2.6 Puesta en marcha del protocolo	12
3.2.7 Difusión, comunicación e interiorización de los contenidos del protocolo	12
3.2.8 Seguimiento y control del protocolo	13
3.2.9 Cronograma	14
3.3 Funcionamiento protocolizado	14
3.3.1 Detección y análisis de casos	14
3.3.1.1 <i>Atención Primaria</i>	15
3.3.1.1.1 <i>Itinerario en situaciones de riesgo bajo o moderado</i>	15
3.3.1.1.2 <i>Itinerario en situaciones de riesgo sociosanitario alto</i>	17
3.3.1.2 <i>Atención especializada</i>	18
3.3.1.2.1 <i>Persona ingresada o con previsión de ingreso hospitalario</i>	19
3.3.1.2.2 <i>Personas en su residencia habitual</i>	20
3.3.1.2.3 <i>Situaciones de emergencia</i>	21
3.3.2 Valoración integral: herramienta de interRAI	21
3.3.3 Intervención coordinada.....	22
3.3.4 Orientación de recursos y/o servicios.....	23
3.3.5 Seguimiento de casos.....	23
3.3.5.1 <i>Registro y monitorización de intervenciones</i>	23
3.3.5.2 <i>Indicadores de evaluación</i>	23
3.4 Recursos compartidos	24
3.4.1 Ficha de interconsulta	24
3.4.2 Plan de intervención coordinado	25
3.4.3 Ficha Mapa de recursos	26
3.4.4 Ficha Datos de contacto de profesionales de referencia	27
3.4.5 Ficha de cronograma.....	28
3.4.6 Ficha de seguimiento y control de todos los casos	29

Este documento ha sido elaborado por los coordinadores sociosanitarios de Euskadi José Antonio de la Rica Jiménez y Lourdes Zurbanobesakoetxea Laraudogoitia, así como por Gerardo Zamora y Naiara Artaza Aristondo miembros del equipo de coordinación sociosanitaria de Euskadi. Coordinación Sociosanitaria © 2014

1. Introducción

1.1 Objetivo

El cometido de este documento es servir de **guía** para el **desarrollo de protocolos que faciliten la coordinación sociosanitaria** entre los participantes del llamado espacio sociosanitario.

Los protocolos sociosanitarios se prevén como los garantes de la **continuidad de la atención y el desarrollo de una Atención Primaria Sociosanitaria**, que mediante intervenciones interdisciplinares y coordinadas han de responder de manera continuada a las necesidades sociosanitarias de las personas en su entorno habitual de residencia.

Una cuestión clave para mejorar la calidad de la prestación continuada prestada por los servicios sociales y sanitarios es eliminar los factores que obstaculizan la **comunicación** entre los profesionales de ambos sistemas. El uso de diferente metodología, terminología y sistemas de información resume en gran parte dicha problemática.

La elaboración de protocolos de coordinación sociosanitaria **basados en la gestión de casos** tiene como finalidad asegurar que los profesionales de la salud y de los servicios sociales compartan efectivamente la responsabilidad de prestar el mejor servicio posible a las personas y familias que necesiten de prestaciones sanitarias y sociales.

Mediante el desarrollo de protocolos, las instituciones y organizaciones que los firman, se comprometen a responder a las necesidades de atención de las personas en su ámbito de responsabilidad, interviniendo a través de sus respectivas carteras de servicios de forma ágil, eficiente y coordinada con el objetivo de garantizar **la continuidad de la atención y evitando en todo caso duplicidades y vacíos asistenciales**.

La puesta en marcha de protocolos sociosanitarios, ayuda asimismo, a la consolidación, mejora e integración de experiencias que acabarán conformando un **nuevo modelo asistencial** cuyo eje sea la promoción de la autonomía personal, la prevención, y la atención de necesidades personales derivadas de la dependencia, y de situaciones de desprotección y exclusión.

En última instancia este modelo asistencial debería estar basado en el acompañamiento profesional que favorezca la obtención y mantenimiento del máximo nivel de **salud y autonomía** de las personas.

1.2 Justificación y contexto

Este documento nace al auspicio del desarrollo e implementación las Líneas Estratégicas Sociosanitarias (LESS) aprobadas por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (CVASS) en julio de 2013. Las líneas estratégicas del CVASS se han diseñado con vocación pragmática y operativa y en ellas se plantea la necesidad contar con herramientas facilitadoras que favorezcan la articulación del espacio sociosanitario.

Las Líneas Estratégicas y Planes de Acción 2013-2016 de Osakidetza, así como las Líneas Estratégicas del Departamento de Salud para 2013-2016, han servido a su vez de referencia a las sociosanitarias y recogen la necesidad de reforzar la continuidad de cuidados, la integración asistencial, el aprovechamiento de sinergias entre sectores, los planteamientos centrados en las necesidades del ciudadano, la calidad de vida y el empoderamiento activo de la ciudadanía.

Asimismo, en un plano estratégico, el Documento Marco para elaboración de las Directrices de Atención Sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca, aprobado con amplio consenso por todas las instituciones representadas en el CVASS en febrero del 2011, sintoniza en su enfoque con las propuestas expresadas al inicio de la legislatura por los Consejeros de Empleo y Políticas Sociales y de Salud, y con las formuladas por los responsables de los Órganos Forales. Así, el documento marco desarrolla una metodología operativa territorial para la implantación de sus líneas y objetivos estratégicos, a partir de un diagnóstico de situación común y compartido.

El relación al marco normativo relativo a la atención sociosanitaria en Euskadi cabe destacar que aunque es extenso, se sustenta básicamente en tres leyes: La Ley 27/1983, de 25 de noviembre, que regula las relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos; la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi; y la más reciente, la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, siendo última la principal referencia en el establecimiento de definiciones, valores y principios rectores.

Por último para la elaboración de esta guía se han tenido en cuenta propuestas anteriores para la elaboración de protocolos de coordinación sociosanitaria, así como los protocolos de coordinación sociosanitaria que más recientemente se han puesto en marcha.

1.3 Principios rectores

Las personas son el eje central de las actuaciones del espacio sociosanitario, y todo ello en base a los principios de **universalidad, solidaridad, equidad, calidad, dignidad y participación**. El principio universal de la igual dignidad se concreta en los siguientes principios materiales que debe respetar cualquier intervención individual o comunitaria que pretende mejorar la salud y bienestar de la ciudadanía:

1. Evitar actuaciones de riesgo que puedan generar daños.
2. Respetar los valores y la libertad de conciencia de las personas que de modo autónomo y responsable consientan o no a determinadas intervenciones, procedimientos y/o prestaciones.
3. Proteger los derechos de todas las personas y asegurar un acceso en equidad e igualdad a las prestaciones públicas existentes.
4. Comprometerse en lograr el beneficio óptimo posible para la mejora del bienestar de cada persona usuaria del sistema social y sanitario.

Los protocolos de coordinación sociosanitaria que se desarrollen deberán estar alineados tanto con LES como con los Planes Operativos Territoriales que las desarrollen.

2. Agentes

2.1 Instituciones

1. Gobierno Vasco
 - Departamento de Salud
 - Departamento de Empleo y Políticas Sociales
2. Diputaciones Forales
 - Diputación Foral de Álava
 - Diputación Foral de Bizkaia
 - Diputación Foral de Gipuzkoa
3. Asociación de Municipios Vascos (Eudel)

2.2 Agentes provisosores

1. Osakidetza
 - Organizaciones Sanitarias Integradas
 - Redes de Salud Mental
 - Comarcas de Atención Primaria
 - Emergencias

2. Diputaciones Forales

- Servicios sociales especializados

3. Ayuntamientos

- Servicios sociales de base

4. Otros

- Asociaciones profesionales
- Empresas
- Organismos del tercer sector

2.3 Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria

La atención de las necesidades sociosanitarias requiere de la participación de estructuras y servicios de, principalmente, dos sectores: el sanitario y el de los servicios sociales. Cuando se habla del espacio sociosanitario no hay que entenderlo como un tercer sector sino como un espacio compartido, un sistema complejo en el que se atiende a personas con necesidades sociales y sanitarias.

El desarrollo de estas prestaciones asociadas a los equipos integrados de atención sociosanitaria deberá ser considerado como parte de la futura cartera de servicios sociosanitarios y como tal tendrá un ámbito de aplicación en todo Euskadi.

Los equipos de atención primaria sociosanitaria como tal empezarán a trabajar conjuntamente ahí donde se hayan desarrollado los protocolos sociosanitarios. Siendo su principal función la de garantizar la continuidad de cuidados del colectivo diana al que se dirijan.

Los equipos los compondrán las personas designadas por distintas las instituciones y organizaciones implicadas en el llamado espacio sociosanitario (salud, servicios sociales de base y servicios sociales especializados). Por la parte de salud, participarán médicos de familia, profesionales de enfermería y administrativos que atiendan a colectivos diana y por la parte social los trabajadores sociales de base y especializados entre otros.

El número y composición de los equipos de atención primaria sociosanitaria dependerá de las características de cada área geográfica a la que se circunscriba.

2.4 Población diana

Hay una serie de factores que definen el ámbito subjetivo del espacio sociosanitario: principalmente, la cronicidad, la vejez, la dependencia y el riesgo de exclusión.

El siguiente esquema recoge los principales supuestos que configuran los colectivos diana o personas con necesidades sociosanitarias para las que se prevé una acción prevista en las líneas estratégicas sociosanitarias.



Ilustración 1. Colectivos diana, Líneas estratégicas sociosanitarias (CVASS, 2013)

Tal y como se ha establecido anteriormente, todo protocolo sociosanitario ha de ser el garante del aseguramiento del continuo asistencial de las personas en situaciones de necesidad sociosanitaria y ello ha de materializarse mediante la intervención de los distintos agentes provisoros de servicios en respuesta a la necesidad de cada caso.

Por tanto, la **situación de necesidad** de cada persona es la que define los servicios que han de ser movilizados para atenderla. Tratar de abordar un tema tan complejo supone tener que **parcelar la respuesta**, acotarla o customizarla a las necesidades específicas de colectivo.

Desde un punto de vista operativo, por tanto, se propone que se desarrollen protocolos específicos para cada colectivo y/o subcolectivo diana previsto en las líneas estratégicas sociosanitarias.

El cuadro que sigue incluye más detalle en relación a los Subcolectivos diana para los que se prevén acciones concretas en las líneas estratégicas sociosanitarias.

1. PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES	
1. Personas con trastorno mental grave y en situación de institucionalización de larga data	
2. Personas con trastorno mental grave	
3. Personas con trastorno mental grave y discapacidad intelectual	
4. Cualesquiera otros casos de personas con trastorno mental y necesidades sociales	
2. PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN Y DESPROTECCIÓN	
1. Todas las personas en situación o riesgo de exclusión social con necesidades sociosanitarias	
2. Todas las personas en situación o riesgo de desprotección social con necesidades sociosanitarias, con especial atención:	
1. Niños y niñas en situaciones de riesgo, desprotección o maltrato infantil	
2. Personas dependientes en situación de negligencia en la atención, abandono y maltrato	
3. Personas en situación de riesgo, desprotección o maltrato en situaciones de violencia de género	
4. Cualesquiera otras personas en situación de riesgo, desprotección o maltrato (inmigrantes)	
3. PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	
1. Todas las personas en situación de discapacidad y/o dependencia, con especial atención en:	
1. Personas mayores en situación de dependencia	
2. Personas con necesidad de atención psicogerétrica	
2. Personas con necesidades al final de la vida	
3. Personas cuidadoras de personas en situación de discapacidad y/o dependencia	
4. NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES: ATENCIÓN TEMPRANA	
5. OTROS COLECTIVOS	
1. Personas con enfermedades poco frecuentes y necesidades sociosanitarias	
2. Personas trasplantadas con necesidades sociosanitarias	

Ilustración 2. Subcolectivos diana, Líneas estratégicas sociosanitarias

3. Protocolo de coordinación sociosanitaria

3.1 Pasos para el diseño del protocolo

Los pasos básicos para elaborar y consensuar un protocolo de son:

- Crear un grupo rector de consenso que identifique las situaciones de riesgo sociosanitario para la salud y bienestar del ciudadano, su familia y entorno. Este grupo será de naturaleza interinstitucional. Cada Territorio Histórico en función de su idiosincrasia, definirá la composición del grupo rector así como las instituciones implicadas y los responsables de cada una de ellas. En este punto, es recomendable que se incluyan todos los agentes e instituciones firmantes del protocolo a fin de adquirir un compromiso institucional con la coordinación sociosanitaria.
- Valorar la participación en el mismo de otros agentes (Ministerio fiscal, Juzgado jurisdiccional, Ertzaintza, educación, ONGs, asociaciones Y

empresas) que puedan ser necesarios para garantizar una actuación eficaz de la coordinación sociosanitaria.

- Favorecer en el seno del grupo rector la creación de otros **grupos de discusión interdisciplinar** (grupos de discusión) que profundicen y analicen las causas que provocan las diferentes situaciones de riesgo de los colectivos diana y busquen formas de abordaje conjuntas de los mismos.
- Acordar **procedimientos conjuntos de actuación** que puedan ser asumidos por todas las partes implicadas. Éstos han de ser concretos y flexibles, y deberán asimismo, determinar la forma de abordaje y el establecimiento de los objetivos de mejora.
- Asegurar el mantenimiento de la confidencialidad de la información así como la garantía de que el tratamiento de los datos, tanto de los ciudadanos como de sus familiares, se realizará con arreglo a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los principios que la regulan y el reglamento de Medidas de Seguridad 994/1994 que regula las medidas de seguridad de ficheros automatizados.



Ilustración 3. Pasos para el diseño del protocolo, elaboración propia

3.2 Contenido básico del protocolo

En los apartados que siguen se realiza la propuesta de contenidos básicos que todo protocolo sociosanitario deberá recoger.

3.2.1 Objetivo General

Mejorar la atención de las personas *definir colectivo*, a través del desarrollo de la atención primaria sociosanitaria mediante la actuación coordinada y conjunta de todos/as los/as profesionales y agentes implicados/as que se comprometen a intervenciones conjuntas interdisciplinares e interinstitucionales.

3.2.2 Objetivos específicos

- A) Consolidar y extender las buenas prácticas de coordinación y colaboración existentes entre profesionales de los sistemas de salud y servicios sociales en la detección y atención de casos en el ámbito comunitario.
- B) Elaborar un procedimiento conjunto de comunicación en la detección de casos necesitados de abordaje por parte de los sistemas (sanitario y social).
- C) Detectar precozmente antes y durante la hospitalización, las situaciones de fragilidad social y asegurar la continuidad de la atención sociosanitaria tras el alta hospitalaria con Atención Primaria de Salud y los Servicios Sociales.
- D) Iniciar prácticas de análisis conjunto y elaboración de planes de actuación personalizados de casos entre profesionales de estos servicios.
- E) Elaborar procedimientos para el abordaje coordinado de actuaciones ante casos que requieren atención urgente
- F) Realizar un seguimiento del cumplimiento de los protocolos establecidos y una evaluación continua de las prácticas derivadas de los mismos para garantizar su mejora continua y en el futuro la elaboración de protocolos que aborden intervenciones interdisciplinares e integrales de las personas necesitadas de atención sociosanitaria en el ámbito comunitario.
- G) **Otros**

3.2.3 Caracterización de la población diana

3.2.3.1 Población diana

El protocolo está dirigido a **describir la población diana**, en su entorno habitual de residencia.

Debido a que esta población diana puede pasar por distintos estados diferenciados, lo cual implica distinta provisión de recursos según distintas necesidades, se establecen subgrupos dentro de la misma, de tal forma que se permita más fácilmente la detección de las necesidades y el establecimiento de las intervenciones a realizar.

3.2.3.2 Subgrupos de población diana

Incluir **denominación del subgrupo:** y **caracterización detallada del mismo.** **Especificar además el objetivo específico en relación al mismo.**

A modo de ejemplo:

a) *Persona mayor en bajo riesgo de dependencia: Personas cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica. Viven solos, con personas de edad similar o tienen poco apoyo sociofamiliar.*

Objetivo: Identificar los casos entre la población diana, valorar el riesgo futuro y proponer intervenciones adaptativas, porque si ocurre un evento adverso se precipitará la necesidad de intervención y entonces será menos resolutive. Prevención primaria, educación para la salud, detección precoz de enfermedades e incapacidades que se benefician de una intervención adecuada.

b) *Persona en alto riesgo dependencia...*

3.2.4 Instituciones y organizaciones implicadas

Describir las instituciones y agentes provisosores implicados en el diseño y firma del protocolo. Detallar los nombres de los servicios directamente implicados en la elaboración del protocolo, así como el de las personas implicadas (Ver plantilla de ficha de contactos en el apartado 4.4.5).

3.2.5 Comunicación y sistema relacional

Con el objetivo de establecer el medio de comunicación de los agentes implicados así como el contenido de esta comunicación, es decir, la información a transmitir, el protocolo deberá definir tanto una estrategia para compartir información entre los distintos servicios o distintos niveles dentro del sistema, como las responsabilidades de custodia de cada uno de ellos.

El teléfono, ampliamente utilizado, ha demostrado ser un medio rápido y eficaz, pero no demasiado eficiente. Resulta difícil conseguir el contacto con el interlocutor adecuado, si bien, una vez conseguido, es un medio que aporta una gran resolución. Así, es necesario plantear otras vías de comunicación, y una de las más destacadas es el correo electrónico. Este canal, deberá preservar la información de carácter personal de las personas atendidas por lo que se recomienda encriptar los correos electrónicos para asegurar la privacidad y el anonimato de la información.

Respecto al contenido de la comunicación, el problema que se plantea es aún mayor, puesto que trabajando con datos que requieren el más alto nivel de protección, es imprescindible asegurar la confidencialidad en el tratamiento de esta información, a pesar de lo necesario que resulta que los agentes implicados la conozcan y compartan.

Hasta que la historia sociosanitaria compartida sea un instrumento manejable, que cumpla asimismo los requisitos requeridos por la Ley orgánica de protección de datos (LOPD), y que utilice unos instrumentos válidos y útiles

para el entorno social y el entorno sanitario, el protocolo deberá especificar detalladamente el manejo y custodia de los datos imprescindibles a compartir.

La información general (como pueden ser listados de profesionales de ambas redes, nuevos servicios, programas o centros de atención, listados de centros y teléfonos de contacto, folletos con información.....) se enviará en formato escrito y/o a través de archivos mediante correo electrónico, entre los/as responsables de ambas redes, quiénes trasladarán dicha información a los servicios y/o técnicos/as correspondientes.

En aseguramiento de lo establecido por la LOPD, la información de carácter personal deberá anonimizarse, siendo el responsable de los casos quien garantice y se haga responsable de que esto sea así. A tal efecto, creará y custodiará un fichero que permita identificar sus casos. Este fichero contendrá tanto datos personales (nombre apellidos, DNI, TIS), como un código que servirá de número identificativo de cada caso. El número identificativo es el que deberá aparecer en cada uno de los documentos relativos al caso y que se compartan con el resto de componentes del equipo de atención primaria sociosanitario o con cualesquiera otros agentes partícipes en el mismo.

3.2.6 Puesta en marcha del protocolo

Los pasos a seguir en la puesta en marcha del protocolo, son:

- Realización de una **presentación de la propuesta** del borrador del protocolo a las responsables de los servicios sociales, a las personas de referencia de los centros de salud, los centros de salud mental, la diputación foral y del hospital.
- **Firma del protocolo** por los responsables de las instituciones y organizaciones implicadas.
- **Presentación del protocolo** a los profesionales de las instituciones y organizaciones implicadas.
- **Difusión del protocolo** al conjunto de las organizaciones implicadas así como a la ciudadanía.



Ilustración 4. Pasos para la puesta en marcha del protocolo, elaboración propia

3.2.7 Difusión, comunicación e interiorización de los contenidos del protocolo

Una vez aprobado el protocolo de coordinación, se llevará a cabo una estrategia de difusión y comunicación activa por parte del Grupo Rector. El liderazgo de esta estrategia debe ser asumido como una prioridad del más alto nivel por el Grupo Rector.

Esta estrategia debe buscar el empoderamiento de los profesionales sanitarios y de servicios sociales. Asimismo, las acciones de difusión y comunicación han de ser naturaleza extensiva e intensiva.

La construcción y diseño de la estrategia y sus acciones requiere de un compromiso claro y visible por parte del Grupo Rector. Este compromiso pasa por una presencia continua en los centros de trabajo con el objetivo de explicar el protocolo, aclarar dudas en relación al mismo y aprovechar esta oportunidad para hacer un diagnóstico de las barreras y facilitadores en la puesta en marcha e implementación continúa del protocolo de coordinación sociosanitaria.

3.2.8 Seguimiento y control del protocolo

La necesidad de hacer un seguimiento y control del protocolo sociosanitario, persigue un doble objetivo:

- a) Garantizar su buen funcionamiento y adecuación a la realidad
 - b) Revisar los casos objeto del mismo
- a) La garantía del buen funcionamiento, revisión y ajuste del protocolo corresponderá al **grupo rector**. Éste estará compuesto por los principales responsables de las instituciones y organizaciones implicadas o quienes ellos designen a tal efecto. El grupo rector se configura por tanto como un grupo interinstitucional y de carácter ejecutivo.

El buen funcionamiento, revisión y ajuste del protocolo, se refiere a:

- Cuestiones generales que afecten a este protocolo
- Dificultades que se puedan producir en el desarrollo de éste
- Clarificación de aspectos clave
- Modificaciones sustanciales del protocolo
- Estudio de programas, proyectos y recursos
- Información general de cada uno de los agentes implicados

El grupo rector se reunirá con carácter ordinario una vez al año y con carácter extraordinario siempre que alguno de sus miembros lo solicite.

b) La revisión de los casos corresponderá a los **equipos de atención primaria sociosanitarios**. Ésta se circunscribirá al:

- Estudio y seguimiento general de los casos derivados para la mejora de la intervención a realizar

- Nuevas propuestas de intervención
- Resolución de problemas en la atención coordinada
- Trasladar al grupo rector propuestas de mejora del protocolo

Los equipos de atención primaria se reunirán, con carácter ordinario, cada 2 meses y de manera extraordinaria, cuando la situación lo requiera.

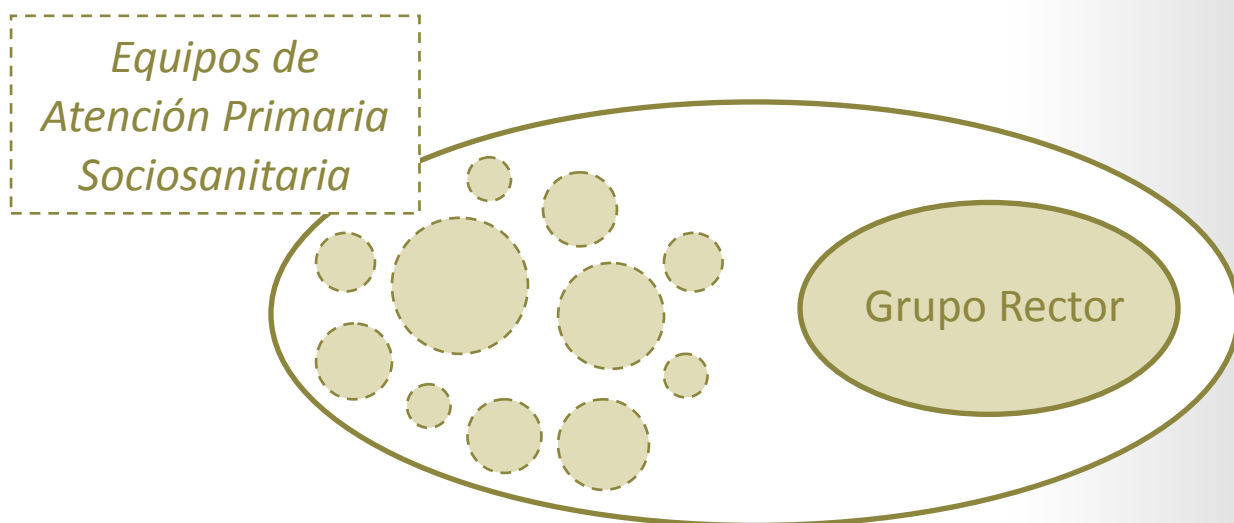


Ilustración 5. Equipos involucrados en el seguimiento y control

3.2.9 Cronograma

El protocolo deberá incluir un cronograma que recoja los principales hitos relativos a su diseño, presentación, difusión, seguimiento y control (Ver plantilla propuesta en el apartado 4.4.6).

3.3 Funcionamiento protocolizado

3.3.1 Detección y análisis de casos

Ante la detección de un caso, tanto para la resolución del problema como para minimizar los riesgos que del problema puedan derivarse para la persona, familiares o entorno, el primer objetivo prioritario será la puesta en conocimiento del problema al organismo pertinente.

Normalmente los casos detectados podrán enmarcarse en alguno de los grupos señalados anteriormente (colectivos diana). En caso de no ser así, se procederá a identificarlo e incluirlo dentro de la casuística descrita anteriormente (ver apartado 2.4).

Una vez identificado y tipificado el caso se procederá, como se indica a continuación, en función del área de intervención que lo identifique y de la gravedad de la situación. Los casos se pueden detectar tanto en el ámbito social como en el sanitario, en cualquiera de los dos, desde la atención primaria como desde la especializada.

Es importante señalar que es necesario recabar el consentimiento informado por parte de la persona atendida o de su representante legal.

En relación a la accesibilidad, en ausencia de los/as gestores/as de caso, las instituciones implicadas deberán asegurar que la información requerida esté accesible para que llegue a su destinatario en tiempo y forma.

Los apartados que siguen son propuestas orientativas y de mínimos que recogen la casuística más recurrente de itinerarios asistenciales y pretenden orientar que no establecer la definición de los mismos.

3.3.1.1 Atención Primaria

Se establecen a continuación una serie de itinerarios a seguir en caso de identificar nuevos casos desde la atención primaria (social y sanitaria).

3.3.1.1.1 Itinerario en situaciones de riesgo bajo o moderado

a) Caso identificado por profesionales sanitarios

Ante la identificación de situaciones de riesgo sociosanitario por algún profesional sanitario, éste lo pondrá en conocimiento de la persona coordinadora en los servicios sociales de base, quien determinará la persona del equipo que se hará cargo del caso (trabajador/a social de referencia). El profesional de servicios sociales se pondrá en contacto con el profesional sanitario de referencia para proceder al abordaje conjunto del caso y al establecimiento del procedimiento a seguir.

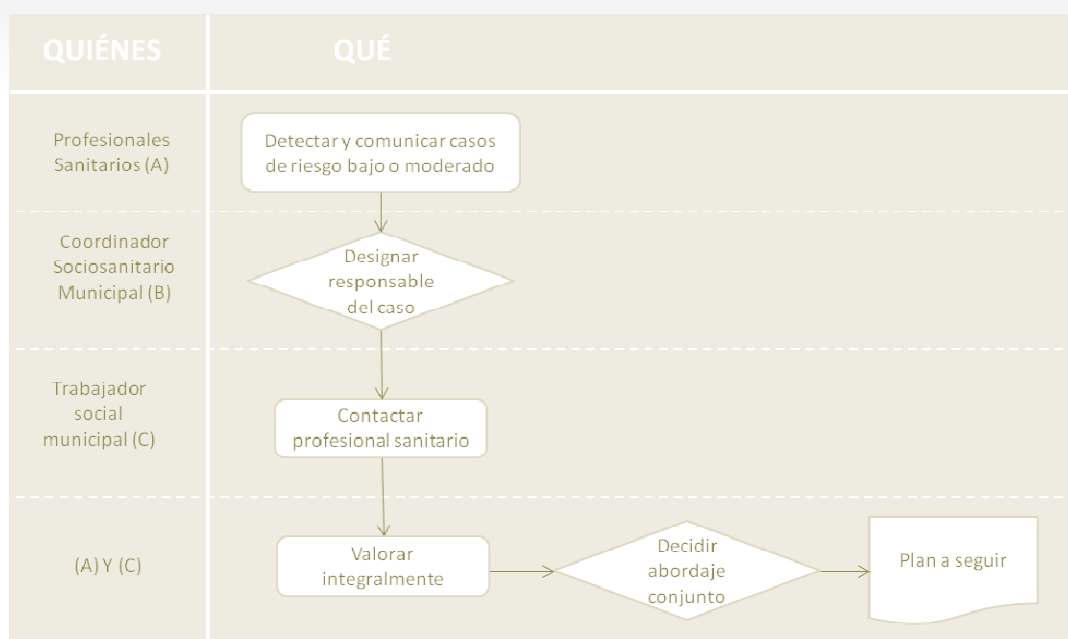


Ilustración 6. Caso identificado por profesionales sanitarios, elaboración propia

b) Caso identificado por profesionales de servicios sociales

Ante la identificación de situaciones de riesgo por profesionales de servicios sociales, estos lo pondrán en conocimiento del Jefe de Unidad de Atención Primaria (JUAP) del Centro de Salud, o profesional referente designado a tal efecto, quien determinará el miembro del equipo que se hará cargo del caso; en los centros que cuenten con trabajadora social, ésta será la profesional de referencia.

Si el caso requiere del servicio de salud mental, el JUAP se pondrá en contacto con el responsable del Centro de Salud Mental por correo electrónico quien determinara la persona del equipo que se hará cargo del caso.

El profesional designado (del Centro de Atención Primaria o del Centro de Salud Mental) se pondrá en contacto con el/la trabajador/a social del Ayuntamiento con el fin de proceder al abordaje conjunto del caso y al establecimiento del procedimiento a seguir.

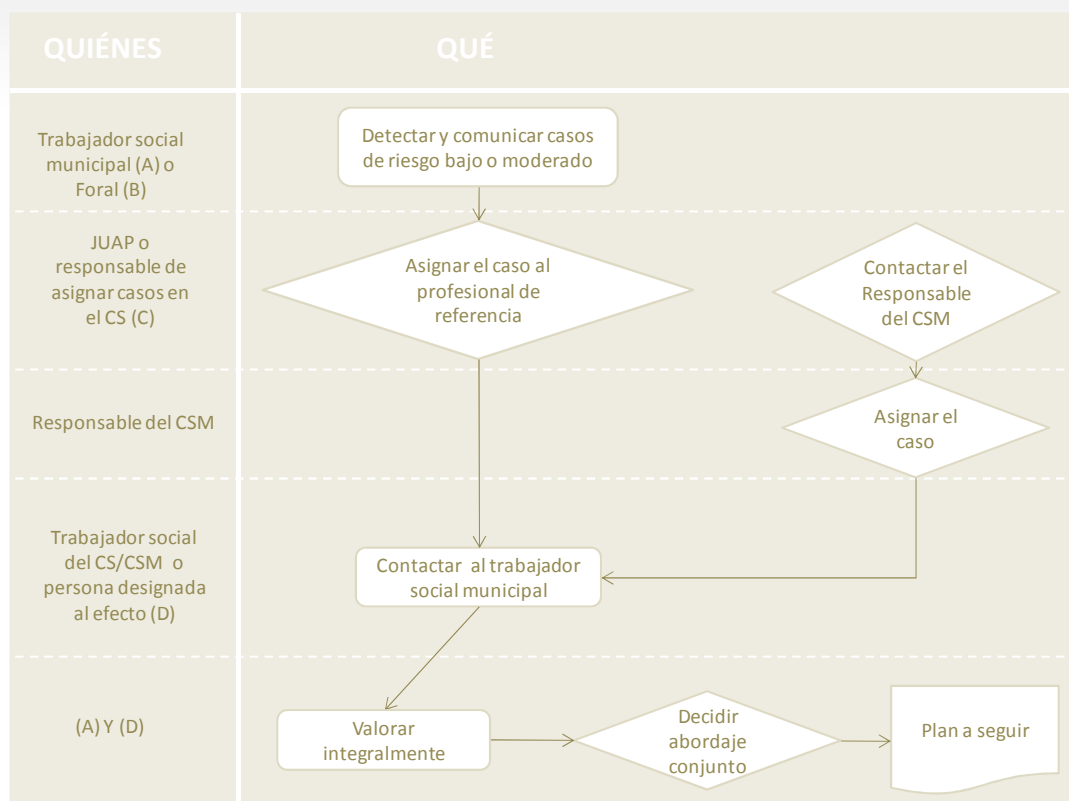


Ilustración 7. Caso identificado por profesionales de servicios sociales, elaboración propia

3.3.1.1.2 Itinerario en situaciones de riesgo sociosanitario alto

Ante una situación de evidente riesgo sociosanitario se debe considerar si el problema es de urgencia vital o puede demorarse unas horas o días la toma de decisión.

En casos demorables y si se estima que la persona no es competente para decidir, los profesionales del ámbito sanitario y del ámbito social se pondrán en contacto para valorar la situación de forma conjunta. Si después de una intervención conjunta no se obtienen soluciones adecuadas, puede ser necesario derivar el caso al juzgado de referencia acompañado de informes de profesionales de ambos ámbitos que incluyan los datos relevantes y necesarios del caso.

En todo caso se dejará constancia escrita que motive las de las actuaciones realizadas sin consentimiento expreso de la persona.

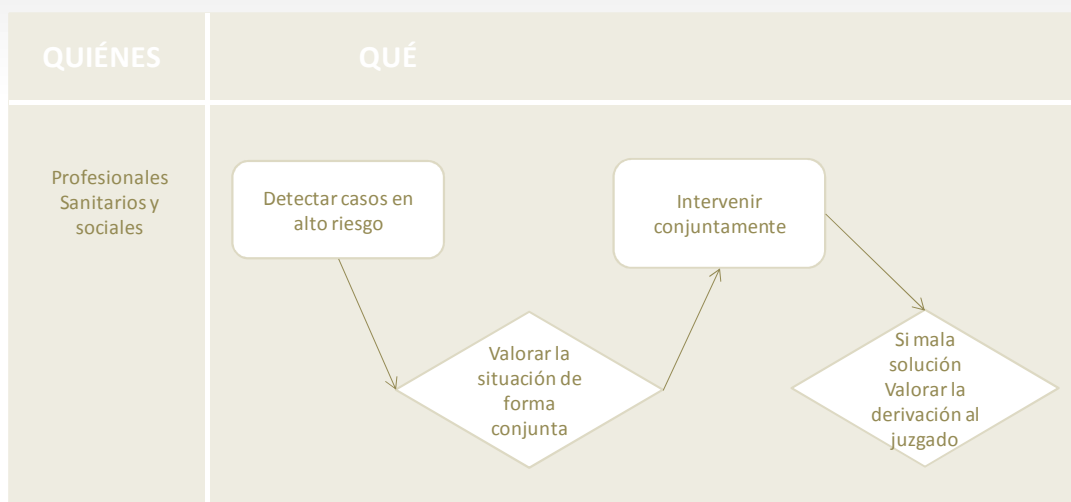


Ilustración 8. Itinerario en casos demorables

En casos urgentes que requieran una actuación inmediata, será necesario contactar por teléfono con el Juez de Guardia y elaborar un informe médico que se remite por Fax. El juez hará llegar un auto con la respuesta pertinente.

En caso de personas agresivas o si es necesaria ayuda para atender o trasladar a la persona se avisará a la Ertzaintza a través del 112.

Para el abordaje de personas menores de edad en situación de desprotección y/o víctimas de maltrato se procederá en base a los protocolos específicos; como ejemplo, el instrumento de detención de señales de alerta de malos tratos físicos y económicos a personas mayores.

El abordaje se realizará conforme a los protocolos vigentes.

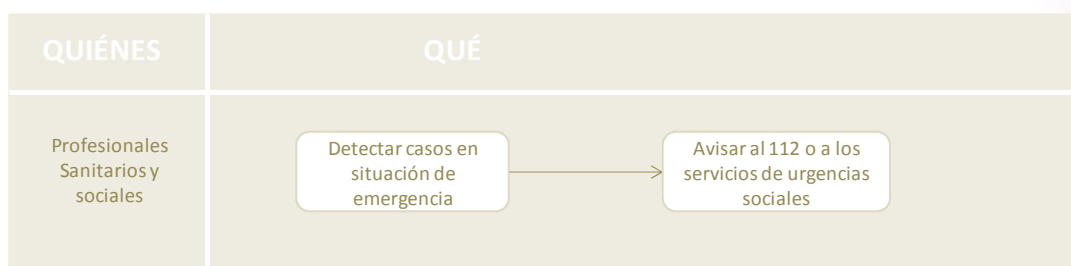


Ilustración 9. Itinerario en casos urgentes

3.3.1.2 Atención especializada

La atención especializada sociosanitaria hace referencia a las estructuras y agentes especializados al servicio de personas con necesidades sociosanitarias de mayor intensidad y duración en el tiempo. En el caso del sector sanitario incluye los recursos especializados de segundo y tercer nivel, y en el caso de los servicios sociales las estructuras residenciales y demás servicios de atención especializada.

El aseguramiento del continuo asistencial requiere habilitar los mecanismos de coordinación necesarios, tanto a niveles macro, meso y micro. El abordaje, por tanto, consiste en trabajar coordinadamente en todos los niveles de actuación, desde la gobernanza hasta la asistencia, allí donde se encuentre el individuo que requiere asistencia sociosanitaria.

El nivel micro, se refiere a la coordinación de la atención prestada a la persona, siendo los equipos de atención primaria sociosanitaria (EAPSOSA) los garantes de la misma. Tal y como se ha comentado anteriormente su principal objetivo es garantizar dicha continuidad desde la comunidad y hacerlo de acuerdo a los principios de utilidad y agilidad en la respuesta.

Se presentan a continuación los itinerarios propuestos para los supuestos de personas con necesidades sociosanitarias que requieren de una respuesta especializada. Estos casos pueden identificarse tanto por profesionales de los servicios sociales como por profesionales sanitarios, y se refieren a dos supuestos:

1. personas ingresadas o con previsión de ser ingresadas en un hospital
2. personas que habitan en su residencia habitual (bien en instituciones residenciales o en domicilio)

3.3.1.2.1 Persona ingresada o con previsión de ingreso hospitalario

Los profesionales (sociales o sanitarios) que tengan constancia de la situación de necesidad de persona con riesgo de no tener garantizada la continuidad de cuidados al alta hospitalaria, enviarán un correo electrónico al Servicio de Admisión del Hospital quien lo derivará a el/la trabajador/a social de referencia en el hospital. Éste se pondrá en contacto con los profesionales sanitarios del hospital y los equipos de atención primaria (formado por profesionales sanitarios y sociales) de cara a involucrarlos en el abordaje y procedimiento conjunto a seguir.

El equipo formado por los sanitarios del hospital y el/la trabajador/a social de referencia en el hospital, o en caso de que dicho hospital no tenga, el profesional que tenga adjudicada esa responsabilidad, (de los servicios sociales de base); llevarán a cabo la valoración integral y acordarán el plan a seguir. Dicho plan deberá estar acordado tanto con el paciente como con la familia (o el tutor o el representante legal, en su caso), y los equipos de atención primaria de referencia en la comunidad.

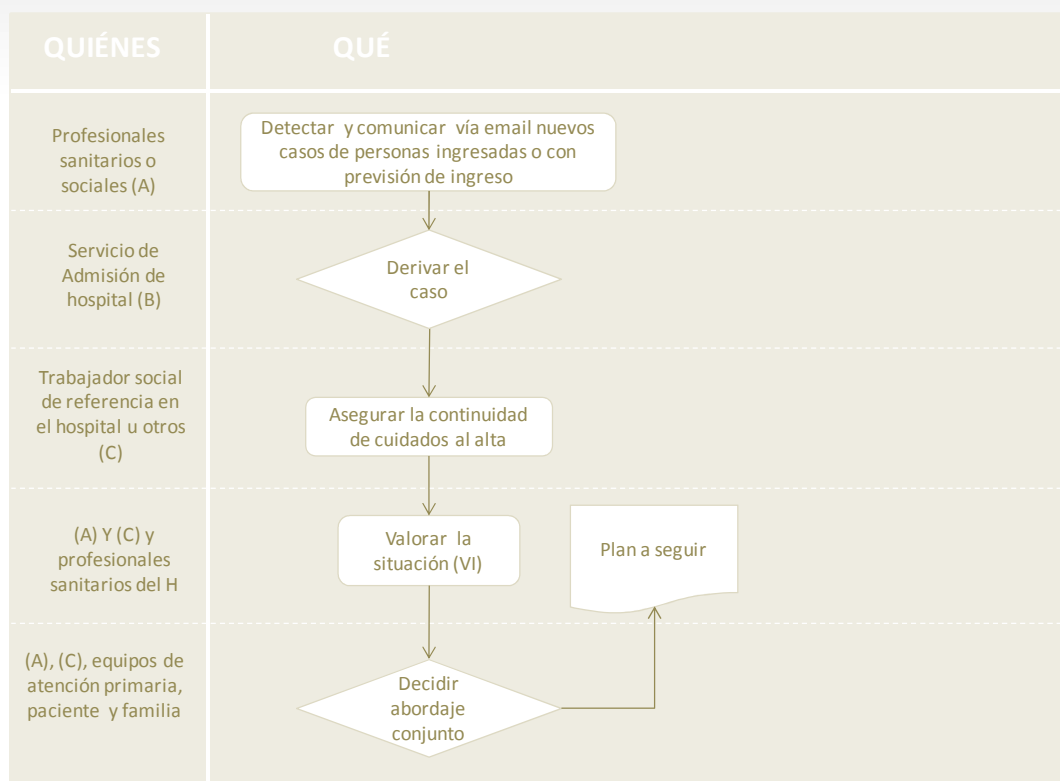


Ilustración 10. Caso de persona ingresada o en previsión de ser ingresada

3.3.1.2.2 Personas en su residencia habitual

Los profesionales (sociales o sanitarios) que tengan constancia de la necesidad de respuesta especializada en relación a personas en riesgo de no tener garantizada la continuidad de cuidados especializados en su residencia habitual se pondrán en contacto con los equipos de atención primaria sociosanitaria de referencia para que estos garanticen el continuo asistencial.

Los profesionales (sociales y sanitarios) de los dos niveles (primaria y especializada) llevarán a cabo la valoración integral y acordarán el plan a seguir, respetando la voluntad y autonomía de la persona, y en caso de que ésta no lo fuese, la voluntad de la familia.

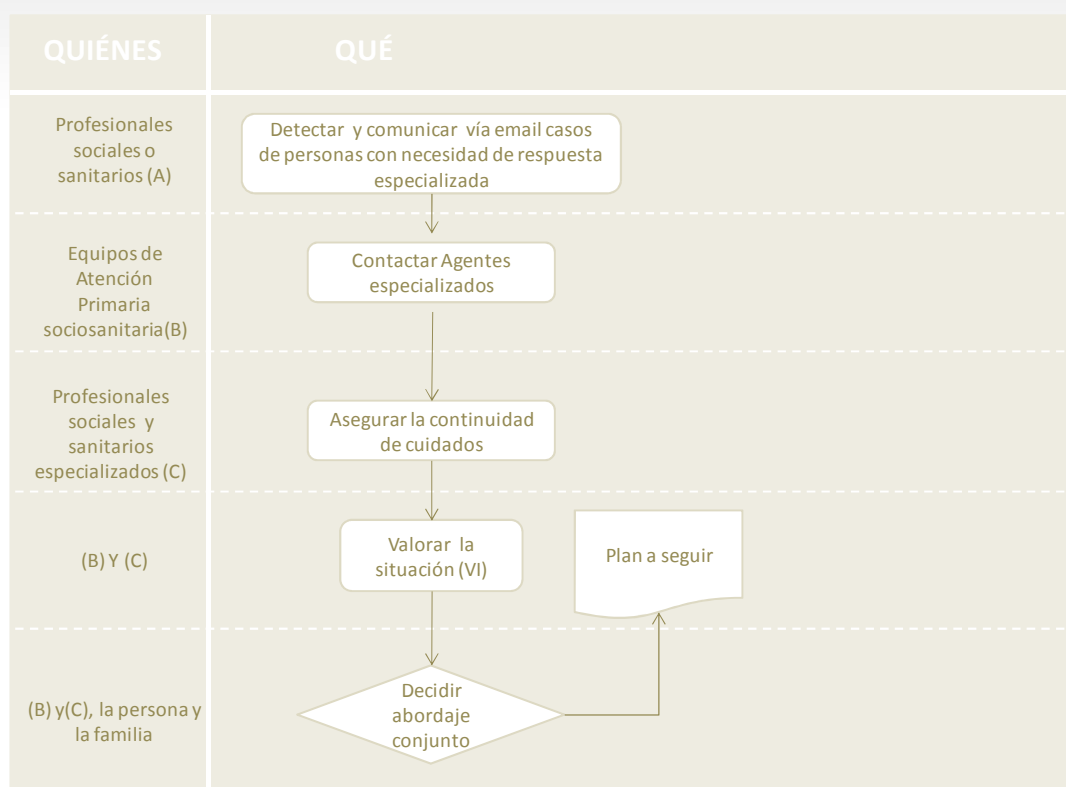


Ilustración 11. Personas en su residencia habitual

3.3.1.2.3 Situaciones de emergencia

Para el supuesto en el que el itinerario al alta hospitalaria fracase, deberá establecerse un procedimiento de emergencia.

3.3.2 Valoración integral: herramienta de interRAI

La valoración g integral (VI) incluye la valoración clínica, funcional, mental y social. La VI se define como el proceso diagnóstico multidimensional, dinámico, y a menudo interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas y las necesidades de las personas y ayuda a poner en marcha un plan de tratamiento integrado, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de casos. Para realizarla, nos apoyaremos en aquellos instrumentos y escalas de valoración que facilitaran la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden a personas con necesidades sociosanitarias.

En el momento actual, no existe un instrumento común de valoración para la planificación de cuidados sociosanitarios de los colectivos diana, que permita el acceso equitativo a todos los recursos sociosanitarios y oriente la ruta sociosanitaria a seguir. Sin embargo, es importante tener en cuenta que existe ya una herramienta avalada ya que el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (CVASS) aprobó la adopción del sistema interRAI y el RUG III “como herramienta válida en todo Euskadi para la calificación de personas con dependencia”, de acuerdo con el D. 155/2001 de determinación de funciones en materia de servicios sociales (17 de febrero de 2005).

InterRAI ha desarrollado una familia de herramientas integradas. El paquete de instrumentos está construido con una base común de ítems de evaluación que se consideran relevantes en todos los dispositivos, lo que permite valoraciones en profundidad en fases posteriores.

Un trabajo de investigación en desarrollo, ha concluido en la elección de un instrumento de la familia RAI como mejor instrumento de recogida de información sociosanitaria para su implantación en Euskadi, y concretamente el interRAI Contact Assessment (CA), actualmente en pilotaje.

El interRAI-CA es un instrumento de cribado de valoración básico para los servicios de urgencias y demanda de servicios en la Comunidad/Hospital. No pretende sustituir la valoración integral; sólo registra la información esencial que se necesita en el momento de la demanda de servicios para apoyar la decisión sobre la necesidad de una valoración integral, la necesidad urgente de apoyo en el domicilio, y la necesidad de servicios especializados (por ejemplo de rehabilitación).

En espera de la sistematización de herramientas de este tipo, se ha consensado una Ficha para interconsulta, con información a transmitir para un primer contacto entre los miembros de los equipos de atención primaria. (Ver plantilla para ficha de interconsulta en el apartado 4.4.1).

3.3.3 Intervención coordinada

Tras la valoración del caso, se elaborará entre los y las profesionales de las diferentes instituciones y organizaciones implicadas, un plan de Intervención coordinado (Ver plantilla de plan de intervención en el apartado 4.4.3), que contemplará:

- a) Designación del/la profesional responsable de la gestión del caso
- b) Conformidad (consentimiento / aceptación) de la persona usuaria o de sus representantes
- c) Valoración de las actuaciones más adecuadas a realizar y de los recursos a utilizar
- d) Hitos y plan de seguimiento

El tipo de actuaciones se definirá en función de los subgrupos de la población que previamente se han descrito y del medio o lugar en el que se desarrollan.

A modo de ejemplo:

-Persona mayor en bajo riesgo de dependencia

Centro de salud: Plan de Actividades programadas (PAP) Valoración Integral (VI). Identificación Síndromes Geriátricos. Facilitar información escrita (guías de recursos disponibles, guías de autocuidados, material de difusión, folletos...)

Domicilio: Si procede visita programada domiciliaria, valoración de vivienda, prevención accidentes y caídas...

Identificación y registro: Rellenar ficha de interconsulta y guardarla no tramitarla

Ámbito social: Valoración/diagnóstico psicosocial; información/orientación/asesoramiento; propuesta de servicios y/o recursos adecuados a cada caso; intervención y acompañamiento.

Seguimiento del caso

Asimismo, el plan de intervención coordinada deberá orientar los recursos y servicios para cada caso.

3.3.4 Orientación de recursos y/o servicios

La orientación de recursos y/o servicios vendrá determinada por valoración integral y el plan de intervención coordinada, así como por los recursos disponibles en los distintos sistemas implicados (Ver plantilla de mapa de recursos en el apartado 4.4.4).

3.3.5 Seguimiento de casos

3.3.5.1 Registro y monitorización de intervenciones

El responsable del caso deberá:

- Hacer un seguimiento y control del mismo,
- Asegurar el acometido de las actuaciones previstas
- Anotar las fechas y detalle en relación a los principales del caso.

Los equipos de atención primaria por su parte, deberán llevar un registro de todas las intervenciones realizadas. La persona responsable de éste registro será designada propio equipo de atención primaria.

3.3.5.2 Indicadores de evaluación

Los indicadores relativos a los casos se anotarán en el plan de intervención coordinado de cada caso (Ver plantilla de plan de intervención en el apartado 4.4.3).

Inicialmente los datos relativos a todas las intervenciones se recogerán en las reuniones conjuntas de cada equipo de atención primaria sociosanitario, que deberán tener periodicidad cuatrimestral.

Los indicadores propuestos a tal efecto se clasifican en tres dimensiones entrada, proceso y resultado. Para más detalle ver ficha 3.4.6.

3.4 Recursos compartidos

3.4.1 Ficha de interconsulta

FICHA PARA INTERCONSULTA SOCIOSANITARIA	
Fecha	
Subgrupo población diana	
Edad	
Motivo de interconsulta	
SITUACIÓN FUNCIONAL	
Capacidad funcional para las ABVD	
Deterioro cognitivo: no/si	
Movilidad: temporal / permanente	
SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR	
Convivencia solo/a	
acompañado/a por : Otra persona mayor / otros	
Apoyos socio-familiares: no / si	
Usuario/a recursos socio-sanitarios no si; especificar	
Vivienda	
Barreras arquitectónicas no / si; especificar	
Condiciones habitabilidad e higiene	
OBSERVACIONES:	

3.4.2 Plan de intervención coordinado

PLAN DE INTERVENCIÓN COORDINADO	
Datos identificativos	
Número de caso	
Nombre y apellidos del Gestor del caso	
Datos del contacto del gestor	
Fecha de indentificación del caso	
Conformidad del Usuario o su representante legal	
Incluir la autorización explícita a la intervención de la que se trate	
Incluir las fecha y firma de la autorización	
Equipo de Atención Primaria Sociosanitaria	
Nombre y apellidos del miembro 1	
Datos del contacto del miembro 1	
Nombre y apellidos del miembro ...	
Datos del contacto del miembro ...	
Valoración Integral	
Incluir los resultados de la VI	
Plan de intervención	
Detallar las actuaciones a acometer	
Indetificar a las personas responsables de las mismas	
Otros	
Recursos y servicios	
Describir los recursos y servicios comprometidos	
Indetificar las personas responsables de la provisión de los mismos	
Seguimiento y control	
Definir los plazos de las acciones que garanticen la continuidad de cuidados	
Definir los hitos para valoración, seguimiento y revisión del caso	
Anotaciones y acuerdos relativas a las revisiones del caso	
Detalle de acuerdo y fecha	
Otros	

3.4.3 Ficha Mapa de recursos

PROGRAMAS, SERVICIOS Y RECURSOS					
Sociales Municipales					
Nombre	Descripción	Persona responsable	Teléfono	Email	
Programa 1					
Programa ...					
Servicio 1					
Servicio ...					
Recurso 1					
Recurso ...					
Sociales Forales					
	Descripción	Persona responsable	Teléfono	Email	
Programa 1					
Programa ...					
Servicio 1					
Servicio ...					
Recurso 1					
Recurso ...					
Sanitarios de AP					
Programa 1					
Programa ...					
Servicio 1					
Servicio ...					
Recurso 1					
Recurso ...					
Sanitarios de AE					
Programa 1					
Programa ...					
Servicio 1					
Servicio ...					
Recurso 1					
Recurso ...					
Sanitarios de SM					
Programa 1					
Programa ...					
Servicio 1					
Servicio ...					
Recurso 1					
Recurso ...					
Otros					
Programa 1					
Programa ...					
Servicio 1					
Servicio ...					
Recurso 1					
Recurso ...					

3.4.4 Ficha Datos de contacto de profesionales de referencia

Servicios Sociales Municipales			
	Persona de Contacto	Teléfono Directo	Email
Municipio A			
Servicio 1			
Servicio 2			
Municipio B			
Servicios Sociales Especializados			
	Persona de Contacto	Teléfono Directo	Email
Servicio 1			
Servicio 2			
Servicio ...			
Centro de Atención Primaria			
	Persona de Contacto	Teléfono Directo	Email
JUAP			
Enfermería 1			
MAP 1			
Trabajador social 1			
UGS			
Otros...			
Centro de Salud Mental			
	Persona de Contacto	Teléfono Directo	Email
Jefe del CSM			
Enfermería 1			
Psiquiatra 1			
Trabajador social 1			
Otros...			
Organismos del tercer Sector			
	Persona de Contacto	Teléfono Directo	Email
Profesional 1			
Profesional ...			
Juzgados			
	Persona de Contacto	Teléfono Directo	Email
Servicio 1			
Servicio 2			
Otros			
	Persona de Contacto	Teléfono Directo	Email
Servicio 1			
Servicio 2			

3.4.5 Ficha de cronograma

Se propone a continuación un cronograma tipo que deberá adaptarse a lo planificado en cada caso.

	mes 1	mes ...	mes ...	mes ...	mes ...	mes 12
Elaboración protocolo						
Presentación protocolo ayuntamientos, dirección Osakidetza, Diputación						
* Dirección Osakidetza						
* Ayuntamientos						
* Otros						
* Diputaciones						
Presentación protocolo JUAPS						
* centro 1						
* centro 2						
* centro 3						
Difusión conjunta ámbito social y sanitario protocolo						
Implementación protocolo						
Valoraciónseguimiento protocolo						
* 6 meses						
* 12 meses						

3.4.6 Ficha de seguimiento y control de todos los casos

Dimensión 1. Indicadores de entrada		N
Número de casos activos		
Número de casos nuevos		
Número total de casos		
Dimensión 2. Indicadores de proceso		
Número de casos comunicados por servicios sanitarios		
Número de casos comunicados por servicios sociales		
Número de casos sin respuesta en 48h /72h por servicios sanitarios		
Número de casos sin respuesta en 48h /72h por servicios sanitarios		
Dimensión 3. Indicadores de resultado		
Número de casos con plan de intervención conjunto		

Tipología de casos		N
1. PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES		
Número de personas con trastornos mentales		
2. PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN Y DESPROTECCIÓN		
Número de niños/as en situaciones de riesgo, desprotección o maltrato infantil		
Número de personas dependientes en situación de negligencia en la atención, abandono y maltrato		
Número de personas en situación de riesgo, desprotección o maltrato en situaciones de violencia de género (inmigrantes)		
3. PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O EN SITUACION DE DEPENDENCIA		
Número de personas en situación de discapacidad y/o dependencia		
Número de personas con necesidades al final de la vida		
Número de personas cuidadoras de personas en situación de discapacidad y/o dependencia		
4. NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES: ATENCIÓN TEMPRANA		
Número de niños con necesidades especiales: Atención temprana		
5. OTROS COLECTIVOS		
Número de personas con enfermedades poco frecuentes y necesidades sociosanitarias		
Número de personas trasplantadas con necesidades sociosanitarias		
Número total de casos		