

HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN **SOCIOSANITARIA**



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

**HACIA UN MODELO
DE ATENCIÓN
SOCIOSANITARIA**



índice

PRESENTACIÓN	7
AUTORES	9
INTRODUCCIÓN	11
PARTE I: DEFINICIÓN DEL MODELO	13
CAPÍTULO 1. UN MODELO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA	14
NECESIDAD DE ESTABLECER UN MODELO	14
IDENTIFICAR EL PROBLEMA	15
CONCEPTOS BÁSICOS	16
Concepto Legal	
La Atención Socio sanitaria: ¿Qué Es?	
Principios de la Atención Socio sanitaria	
La Atención Socio sanitaria No Supone	
LOS PRINCIPIOS DE UN MODELO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA.....	18
CAPÍTULO 2.- LAS PERSONAS	20
CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN	20
Sanitarios	21
Funcionales	21
Sociales	21
PERFILES DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA.....	21
CAPÍTULO 3.- LOS RECURSOS	24
LOS RECURSOS SANITARIOS	24
Los Centros Sanitarios	
Los Servicios Sanitarios	
LOS RECURSOS SOCIALES.....	26
Los Centros sociales	
Las Residencias	
Centros Sociales Especializados con Residencia.	
Centros de Día	

OTROS RECURSOS	30
El Domicilio Particular o Familiar	
La Historia de Salud y Social Digital	
La Telemedicina	
CAPÍTULO 4.- EL ESPACIO SOCIO SANITARIO	33
CAPÍTULO 5.- LA COORDINACIÓN ENTRE ADMINISTRACIONES	35
LOS ÓRGANOS DE COORDINACIÓN ENTRE ADMINISTRACIONES	35
Niveles de Atención	
Niveles de Coordinación	
Niveles de Intensidad Respecto a la Coordinación	
LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARES DE PRIMER NIVEL	39
Composición de los Equipos Interdisciplinarios	
El Seguimiento de los Pacientes con Necesidades de Atención Sociosanitaria	
CAPÍTULO 6.- SITUACIÓN ACTUAL	43
DIFICULTADES QUE IMPIDEN AVANZAR EN UNA COORDINACIÓN EFECTIVA.....	44
HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DEL CAMBIO.....	45
PARTE II: ACERCARNOS A LA SOLUCIÓN.....	47
CAPÍTULO 7.- UN PLAN PARA LAS RESIDENCIAS.....	48
MARCO TEÓRICO.....	48
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES.....	50
ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO GENERAL.....	52
Provisión del Plan en el Medio Hospitalario	
Provisión del Plan en Atención Primaria	
Beneficiarios del Plan	
Programas y Actividades a Desarrollar en el Plan	
CAPÍTULO 8.- CASOS DE ÉXITO EN COMUNIDADES AUTÓNOMAS	56
COMUNIDAD DE MADRID	56
COMUNIDAD DE CASTILLA LA MANCHA.....	62
COMUNIDAD DE ANDALUCÍA	65

Presentación

El concepto sociosanitario ha adquirido un gran protagonismo en los últimos años. La pandemia Covid-19 ha puesto de manifiesto las necesidades sanitarias y sociales que de forma simultánea y sinérgica necesitan determinadas personas y cuya falta de coordinación o de recursos produce graves daños en su salud y calidad de vida.

Por otra parte, la actualidad y presencia del concepto sociosanitario es cada vez mayor en la medida que nuestro Sistema Nacional de Salud avanza hacia una atención integral centrada en la persona. Visión que implica ir más allá de la enfermedad y acercarnos a la persona abordando el conjunto de sus circunstancias tanto desde el punto de vista biológico como desde el punto de vista social.

A pesar de la actualidad y de la reiteración del uso de “Lo sociosanitario”, sigue existiendo una importante confusión y equivoco a la hora de interpretar lo que cada uno entiende por tal concepto. Ya hablamos de esta confusión y falta de rigor a finales de 2018 cuando empezó este proyecto de la Fundación Economía y Salud. Proyecto interrumpido por la pandemia sufrida y vuelto a reanudarse, tras diversas jornadas en distintas Comunidades Autónomas, conociendo de primera mano sus políticas y su manera de abordar los problemas existentes para lograr una atención sociosanitaria de calidad.

El presente documento se ha trabajado con el fin de identificar el problema, definir los recursos, establecer los principios sobre los que debe sustentarse una adecuada atención, comprender las dificultades para avanzar y las herramientas de gestión necesarias, sin olvidar la necesaria coordinación entre las Administraciones social y sanitarias que deben olvidar sus diferencias y trabajar conjuntamente.

Es necesario comprender que ambas Administraciones se necesitan mutuamente en un número de casos cada vez mayor, debido al envejecimiento de la población, de forma que en ocasiones resulta muy difícil prestar una atención sanitaria adecuada sin apoyo desde el lado social y viceversa. De esta manera no solamente lograremos los mejores resultados en salud sino la mayor eficiencia posible, ajustando los recursos a las necesidades.

El libro termina con planes concretos para desarrollar ese trabajo y ejemplos de algunas Comunidades Autónomas.

Les agradezco muy sinceramente a los autores del libro su trabajo desinteresado por avanzar en la clarificación de los conceptos, paso previo para acertar con el camino más adecuado que permita avanzar y lograr los mejores resultados en salud en las personas.

Alberto Giménez Artés
Presidente de la Fundación Economía y Salud

Autores

José Ignacio Nieto García

Licenciado en Derecho. Ingresó al servicio de la Administración Pública el 1 de junio de 1973.

Consejero de Salud, y Consejero de Salud y Servicios Sociales en el Gobierno de La Rioja de 2006 hasta 2015. En la actualidad en el Área de Planificación Sanitaria, en la Comunidad de Madrid.

Experto en política y gestión sanitaria y en el desarrollo de estrategias de salud digital.

Miembro Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.

Carlos Peña Laguna

Diplomado Universitario en Enfermería. Coordinador Espacio Sociosanitario de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real.

Enfermero especialista en Geriátrica, Máster en Dirección y Gestión por la Universidad Europea de Madrid.

Miembro Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.

Leocadio Rodríguez Mañas

Licenciado en Medicina y Cirugía.

Jefe del Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

Director Científico del Centro Español de Investigación Biomédica en Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES) (Ministerios de Sanidad y de Economía y Competitividad), y Codirector del Estudio Toledo sobre Envejecimiento Saludable, realizado en 2.895 personas mayores seguidas a lo largo de 9 años. Director de la red mundial GARN-IAGG desde julio de 2017.

Fernando Vicente Fuentes

Licenciado en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid y Doctor en Derecho por la Universidad Rey Juan Carlos y PDG por IESE.

Ha desempeñado los puestos de Director General de Recursos Humanos del Instituto Nacional de la Salud, Director General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Introducción

José Ignacio Nieto

Empieza a quedarse lejano aquel 21 de noviembre de 2018 donde tomó cuerpo el proyecto liderado por Fundación Economía y Salud, e impulsado por su Presidente Alberto Giménez, para tratar de aclarar qué se entiende por sociosanitario. Después de un largo trabajo de preparación, aquel día reunimos a más de 40 expertos de toda España para que opinasen y dejasen patente su punto de vista sobre esta cuestión.

A todas aquellas posturas y conclusiones, y con el consenso de todos los implicados, conseguimos darle cuerpo elaborando y presentando un documento **LO SOCIOSANITARIO: DE LOS CASOS REALES AL MODELO**. Este singular hito se presentó en el Senado el día 29 de enero de 2019.

Para desarrollar las conclusiones de aquel trabajo, se abordaron sus diversos aspectos con expertos de Comunidades Autónomas. A lo largo de aquel año 2019 lo hicimos con Madrid y con Andalucía, y estaba preparada la continuación de este camino con varias Comunidades más, pero la llegada del COVID devino imposible cualquier avance en aquel sentido; todos los esfuerzos estaban dirigidos a la lucha contra la pandemia y la atención a las personas, de una manera muy especial en el sistema sanitario, pero también en el de los servicios sociales, ya que su población ha sido una de las más afectadas.

Recientemente hemos llevado a cabo otra jornada en Castilla La Mancha donde hemos conocido la visión de esta Comunidad junto con la de expertos de otras Comunidades.

El Covid-19, no ha ayudado especialmente a aclarar el término sociosanitario. Si bien es cierto que ha sido utilizado mucho más que en los años anteriores, tampoco lo ha sido de una forma unívoca y posiblemente haya contribuido a una mayor confusión conceptual con otros términos.

No obstante, hemos seguido trabajando y recopilando información, incluida la postura y perspectivas de algunos especialistas, con el ánimo de dibujar la base, los principios y las directrices que deben servir para el diseño de un modelo de la Atención Sociosanitaria, como solución a importantes problemas que muchas personas tienen, y que no pueden ser resueltos en base al actual diseño de la atención que el sistema sanitario y el de los servicios sociales prestan, de manera independiente.

El resultado es este trabajo, que en su PARTE I se propone definir y marcar las líneas de lo que se considera el modelo de la atención sociosanitaria en España, marcando los principios, las líneas y en definitiva el marco conceptual de lo que debería ser, al considerar que con ello se obtendría un importante resultado. Conscientes de la realidad actual, la PARTE II, contempla planteamientos concretos que, sin ser todavía una aplicación

del modelo que hemos definido, son otras tantas soluciones o propuestas para resolver los problemas que plantea la atención socio-sanitaria, o quizás sería mejor decir la falta de esa atención socio-sanitaria. En definitiva, no son aplicaciones de nuestro modelo, pero son soluciones a las necesidades planteadas para ir acercándonos a una verdadera atención socio-sanitaria.

De esta forma se ha incluido un Plan para acercar la atención sanitaria a las Residencias, así como las soluciones que hasta la fecha han planteado las Comunidades de Madrid, Castilla La Mancha o Andalucía, que han querido prestar su colaboración para mejorar los resultados de este trabajo.

PARTE I: DEFINICIÓN DEL MODELO

Capítulo 1. Un modelo de atención sociosanitaria

José Ignacio Nieto

Sin renunciar a seguir con el camino iniciado de análisis por las Comunidades Autónomas, en la Fundación Economía y Salud hemos estimado que, con el conocimiento adquirido y el análisis de la situación, ha llegado el momento de definir que entendemos por un “Modelo de Atención Sociosanitaria”.

La idea es establecer los fundamentos para una mejor organización y gestión de los medios de que se dispone, tanto en el mundo sanitario como en el mundo de lo social, para que cuando una persona se encuentra ante una situación que requiere a la vez una atención sanitaria y una atención social, seamos capaces de prestarlas rápidamente, es decir con inmediatez, a la vez que de una forma eficaz y eficiente. Lo que hasta ahora ha quedado demostrado es que no estamos ni organizados ni bien preparados para resolver esa situación y prestar la asistencia adecuadamente.

La sostenibilidad, mantenimiento y calidad de ambos sistemas, requiere tomar medidas para dar soluciones que, resolviendo adecuadamente las necesidades de las personas, de cada persona, no supongan necesariamente un aumento de los costes, sino el mejor aprovechamiento de los recursos existentes mejorando los resultados en salud y evitando duplicidades y situaciones

que mantengan recursos ociosos o inadecuadamente utilizados, pues ninguno de los dos sistemas, ni el sanitario ni el de los servicios sociales, se lo puede permitir.

En ningún caso nos planteamos como una posible solución la creación de un tercer sistema, “el sistema sociosanitario”. Deben resultar suficientes los actuales y potentes sistema sanitario y sistema de servicios sociales. Cada uno debe atender a la persona desde la perspectiva que le corresponde, pero hay que buscar la forma de que lo hagan conjunta y debidamente coordinados. Lo que además nos alinearía con las recomendaciones de la autoridad sanitaria mundial (Organización Mundial de la Salud) y de la Unión Europea.

NECESIDAD DE ESTABLECER UN MODELO

Plantear la necesidad de definir un modelo de atención sociosanitaria que contenga unos mismos principios y garantice un tratamiento similar de todos los españoles, sea cual sea el lugar del territorio nacional donde se encuentren, se debe fundamentalmente a tres cuestiones:

1. Dar cumplimiento al precepto legal que se contiene en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

2. Terminar con los equívocos y la inseguridad que plantea la utilización indiscriminada del término “sociosanitario”, que se emplea sin criterio ni rigor alguno, y de forma interesada y no justificada.

3. Establecer unos mecanismos y procedimientos aplicables con carácter general, que son imprescindibles para garantizar y mantener una asistencia sanitaria de calidad y sostenible económicamente, así como el actual sistema de servicios sociales.

Muy pocas son las referencias que nos encontramos sobre este tema desde el 2003, en que se acuña legalmente el término, hasta llegar a finales de 2019 y especialmente en 2020 que, con ocasión o como consecuencia de la pandemia del COVID-19, se produce un uso indiscriminado del término sociosanitario, aplicándolo a centros, instituciones, profesionales o servicios, sin criterio ni cobertura legal alguna y, lo que todavía es peor, sin orden ni concierto llegando a generalizar una cierta- confusión, especialmente con el tema de los “CENTROS SOCIOSANITARIOS”, que no existen, por carecer en absoluto de base jurídica ni sustento legal. Algo parecido sucede con los profesionales sociosanitarios, que tampoco deben existir, y a los que se les están asignando competencias sin ninguna base.

Podemos concluir sin duda alguna que los **CENTROS SOCIOSANITARIOS NO EXISTEN** y, por el momento, legalmente no pueden existir. Es un hecho relevante tanto en el ámbito sanitario como en el de los servicios sociales, que todos sus centros deben estar acreditados o autorizados, una vez que se ha comprobado el cumplimiento de los requisitos que legal o reglamentariamente se

establecen, para cada caso y por cada Comunidad Autónoma.

IDENTIFICAR EL PROBLEMA

En primer lugar, es necesario identificar las situaciones en que es preciso atender a las personas en sus necesidades sanitarias cuando se encuentran en unas determinadas condiciones sociales, conjuntamente y de una forma sinérgica, como la ley lo define según veremos a continuación, para que seamos capaces de encontrar las soluciones.

El sujeto de atención es una persona que precisa recibir asistencia sanitaria de una cierta intensidad, pero no requiere ser atendido en un hospital de agudos o de media o larga estancia o especializado, y que además se encuentra por sus circunstancias personales, económicas, familiares o de cualquier otra índole, ante una situación de necesidad social, entendido este término en sentido amplio.

Cuando hablamos de atención sanitaria estamos excluyendo las que entendemos como agudas, críticas o de emergencia, donde no interviene la situación social sea cual fuere, por lo que en sentido contrario estamos refiriéndonos a las demás situaciones que no merezcan tal calificación, como son la cronicidad, la dependencia, la enfermedad mental, la discapacidad, la rehabilitación, la convalecencia, todos ellos con independencia de la causa que los haya originado, y cualesquiera otros que originen una situación similar y que puedan ser atendidas de forma ambulatoria no precisando para su correcta atención el ingreso hospitalario.

Pero esas situaciones de atención sanitaria no estarán incluidas siempre y en todo caso en nuestro objetivo, sino solamente cuando la situación social en que se encuentre la persona lo requiera. Y esa situación social no tiene por qué ser permanente, operará exactamente igual si es temporal y luego desaparece, circunscribiéndose por tanto al período de tiempo en que se produzca.

Algo que también resulta importante abordar es qué entendemos por necesidad social. Aunque también puedan ser objeto de atención, no nos estamos refiriendo solamente a las situaciones de exclusión social que, por supuesto, quedarán incluidas siempre que cumplan con el requisito de precisar en las condiciones señaladas la atención sanitaria.

También nos estamos refiriendo a aquellos casos en que una persona sin encontrarse en una situación de penuria económica, carezcan de los apoyos familiares necesarios o de condiciones del entorno social. Pensemos en una persona que vive sola y necesita un tratamiento (rehabilitación, quimio...), o cuando las personas con quien convive, por razón de edad o enfermedad, no pueden prestarle la ayuda que precisa.

O también en aquellos casos en que por la intensidad de la atención que se precisa no es posible prestarla en condiciones por quienes forman parte de esa unidad familiar o de convivencia. Pueden ser los cónyuges o parejas, o los padres, o los hijos...

En un capítulo posterior dedicado a las personas, trataremos de los criterios de identificación que nos pueden servir para

establecer unos perfiles de atención.

CONCEPTOS BÁSICOS

Ahora partiendo del concepto legalmente establecido de atención sociosanitaria vamos a tratar de fijar en que consiste, pero también en lo que no es, al menos según el modelo que tratamos de definir.

La definición de atención sociosanitaria la encontramos en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 14 establece que **la atención sociosanitaria "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"**; así mismo, se establece que **la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones Públicas correspondientes.**

Este es el punto de partida para un modelo de atención sociosanitaria, que entre otras cosas persigue el cumplimiento de una obligación legal que está vigente y que está pendiente de ser aplicado.

Lo único que se define en la Ley, es la "atención sociosanitaria". Por tanto, y en un principio, carecen de rango legal el resto de términos a los que con una amplitud desmedida se les se viene calificando de "sociosanitarios".

Esta atención sociosanitaria debe ser prestada por los servicios sociales y por los servicios sanitarios, con una actuación simultánea y sinérgica, y de forma coordinada.

Completa lo anterior, en cuanto interesa en este momento, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que se limitaba a **encargar de los procedimientos y órganos de coordinación sociosanitaria a las Comunidades Autónomas.**

La Atención Sociosanitaria: ¿Qué Es?

La atención sociosanitaria es el resultado de una forma diferente de prestar su atención los servicios sanitarios y los servicios sociales, cuando actúan de forma simultánea y sinérgica sobre una misma persona.

Sinergia, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, se define como “realizar en el mismo espacio de tiempo dos operaciones o propósitos”, y Sinérgica por tanto hace referencia a que la persona atendida consigue mayores beneficios y mejores resultados al prestarle la asistencia sanitaria y la atención social de forma conjunta y coordinada.

Como ya hemos dicho no se trata de una forma nueva de atención, ni requiere profesionales ni centros diferentes a los propios que ya existen en los servicios sanitarios y en los servicios sociales.

Principios de la Atención Sociosanitaria

Los servicios sanitarios con sus profesionales sanitarios, son los que deben prestar la asistencia sanitaria.

Los servicios sociales con sus profesionales, son los que deben prestar la atención social. Los servicios sanitarios y los servicios sociales, deben estar adecuadamente coordinados por las Administraciones autonómicas, para garantizar una actuación conjunta y sinérgica.

Puede ser objeto de atención cualquier persona que precise recibir asistencia sanitaria de una cierta intensidad, pero que además se encuentra por sus circunstancias personales, económicas, familiares o de cualquier otra índole, ante una situación de necesidad social, entendido este término en un sentido amplio. La situación de necesidad social cabe que sea provisional o definitiva, marcando en cada caso la solución que deba darse o la intensidad de la misma.

Por el hecho de prestar la atención conjuntamente a una misma persona, los centros sociales no dejan de ser centros sociales y los centros sanitarios no dejan de ser centros sanitarios.

La coordinación de los servicios sanitarios y de los servicios sociales exige que se establezcan las fórmulas y procedimientos que garanticen la actuación conjunta siempre que sea necesario y de acuerdo a las circunstancias de cada caso.

La Atención Sociosanitaria No Supone:

Como fórmula de aclarar para entender mejor como definir el modelo y lo que se debe incluir o no, creo que es ilustrativo señalar lo que no es, no supone, ni debe incluirse en la atención sociosanitaria.

Cabe pues afirmar que, en la actualidad y

“strictu sensu” no existen legalmente “centros sociosanitarios”. Ni a las residencias ni a ningún otro tipo de centro de servicios sociales cabe denominarle sociosanitario, como por ejemplo residencia sociosanitaria o centro sociosanitario. Los centros son sanitarios o de servicios sociales, según las clasificaciones legal o reglamentariamente establecidas.

No hay profesionales sociosanitarios, ni trabajadores sociosanitarios. Los trabajadores y profesionales son sanitarios o no sanitarios, o de servicios sociales, en las distintas categorías definidas en cada uno de los sistemas. Sin perjuicio de la existencia de la titulación establecida por el Real Decreto 496/2003, de 2 de mayo, de Técnico en Atención Sociosanitaria y las correspondientes enseñanzas comunes.

LOS PRINCIPIOS DE UN MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Extendiéndonos un poco más y contemplando algunos otros aspectos que ya no sólo son los principios básicos del concepto de atención sociosanitaria, sino el conjunto de principios que deben tenerse en cuenta a la hora de definir un modelo que sirva para diseñar la forma en que debe ser dispensada la atención social y sanitaria a las personas que la precisan, con independencia de las concreciones que se van a realizar en el resto de este trabajo, podemos ir señalando los siguientes:

1. Mejorar la organización y gestión de los medios de que se dispone tanto en el mundo sanitario como en el mundo de lo social para ganar en eficacia y en eficiencia cuando una persona se encuentre en una

situación que requiera a la vez atención sanitaria y social.

2. Mejor aprovechamiento de los recursos existentes evitando duplicidades y evitando que queden recursos ociosos.

3. Tanto el sistema sanitario como el sistema de servicios sociales, deben atender a la persona cada uno de ellos desde su perspectiva y competencias. Siempre que sea preciso lo deben hacer conjuntamente y debidamente coordinados.

4. La atención sociosanitaria se definió en 2003 en la Ley de Cohesión y calidad del SNS, pero todavía no se ha establecido su modelo. Se refiere a los casos en que una persona precisa asistencia sanitaria de una cierta intensidad y que a la vez se encuentra en una situación de necesidad social. Cuando las prestamos conjuntamente y de forma sinérgica, podemos decir que se trata de atención sociosanitaria.

5. Espacio sociosanitario, es el lugar donde se encuentran los medios técnicos y adecuados y los profesionales capacitados, cualificados y acreditados en cada uno de los sistemas para prestar de forma coordinada, por un lado, atención social y por otro lado atención sanitaria, es decir, atención sociosanitaria.

6. Los profesionales sanitarios, ya pertenezcan al sistema sanitario público o a la sanidad privada, serán siempre los que presten la atención sanitaria, cualquiera que sea el “espacio sociosanitario” definido.

7. En la atención sociosanitaria la prestación de la asistencia sanitaria puede llevarse a

cabo a través de los centros y servicios sanitarios como Hospitales, Atención Primaria, Atención domiciliaria, Hospitalización a domicilio, cuidados paliativos a domicilio, y cualesquiera otros que establezca el sistema sanitario.

8. La atención social, será prestada por los profesionales capacitados y cualificados para llevar a cabo específicamente la misma, ya sea directamente o a través del catálogo de prestaciones sociales existentes.

9. En la atención sociosanitaria la intervención de los servicios sociales puede llevarse a cabo a través de centros de servicios sociales, como son las residencias, centros de día u otros especializados, pero también puede ser prestada apoyando a los familiares o terceros que cuiden a la persona atendida, o con otros medios directos y propios de los servicios sociales en función de las prestaciones existentes y de la disponibilidad de los servicios sociales especializados.

10. En los centros sanitarios y en especial los hospitales, sean generales, de media y larga estancia o de salud mental y toxicomanías, se presta la atención sanitaria.

11. En los centros sociales, y en especial en las residencias, se presta atención social. Nunca una Residencia puede convertirse en un centro sanitario y mucho menos en un hospital y ello con independencia de que se puedan prestar servicios sanitarios, y siempre con cargo al sistema sanitario.

12. Es necesaria la disponibilidad de una "historia de salud digital" de cada persona, que debe completarse con una parte de la

historia social, que permita atender globalmente a cada persona que precise "atención sociosanitaria" y en cualquier lugar en que se encuentre.

13. La telemedicina y la medicina on-line, en todas sus posibilidades y con la mayor extensión que el estado actual de desarrollo de los medios de la salud digital permitan.

14. La coordinación de los servicios sociales y de los servicios sanitarios es un hecho básico para la provisión de una adecuada atención sociosanitaria. Se considera fundamental la comunicación e interacción entre los profesionales del centro social y los de la atención sanitaria, especialmente los de la atención primaria, pero también los servicios del hospital o de la medicina especializada, cuando sea necesario.

15. El domicilio particular o familiar de una persona puede convertirse fácilmente es un espacio sociosanitario. La atención social se prestará con el apoyo de los servicios sociales y la atención sanitaria se prestará por el sistema sanitario.

16. En un centro social y especialmente en una residencia, la atención social la organiza, la presta y garantiza la propia residencia y la atención sanitaria deberá ser prestada por los servicios sanitarios, de una forma similar y con las mismas modalidades con que puede ser prestada en el caso del domicilio particular o familiar.

Capítulo 2. Las personas

Fernando Vicente

Para abordar adecuadamente la atención socio sanitaria a las personas, debe procederse a una definición ajustada del **perfil de la persona con necesidades de atención socio sanitaria**.

Dicha definición debe poner su objetivo en aquella persona que es usuaria de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios al concurrir en ella, al mismo tiempo, necesidades de cuidados y de atención que son proporcionados por cada uno de los sistemas en sus respectivos ámbitos de actuación y dicha necesidad es resultado del padecimiento de una o varias enfermedades, generalmente crónicas, y ciertos déficits funcionales que le impiden realizar las actividades de la vida diaria (AVD) sin la ayuda de una tercera persona. Lo que determina, pues, el concepto es la suma de distintos factores: la cronicidad de la enfermedad o limitación funcional del paciente, su situación de dependencia y la necesidad de cuidados prestados desde el ámbito de los servicios sociales.

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

Esto no significa una clasificación exhaustiva ni la exclusión de las prestaciones de asistencia social y/o sanitaria al resto de grupos de población con necesidades asistenciales sanitarias y sociales de forma

conjunta. Se trata por tanto de definir criterios de identificación de personas susceptibles de inclusión como sujetos de atención socio sanitaria.

En el diseño de procesos de atención socio sanitaria, habrá que dar participación a las personas y contemplar sus necesidades, preferencias y expectativas. Esto supone tener en cuenta el grado de dependencia y la necesidad de cuidados personales, de cuidados sanitarios requeridos por su patología y la red de apoyo de la que disponga: familiares, cuidadores y posibilidades económicas.

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

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

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

Los criterios de identificación del perfil de las personas con necesidades de atención socio sanitaria deben ser los siguientes:

Sanitarios.

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

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

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

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

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

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

6. Menores con necesidades de atención temprana.

Funcionales.

1. Limitación funcional significativa para desarrollar actividades de la vida diaria (escalas Katz, Barthel, Lawton).

2. Reconocimiento de dependencia severa o gran dependencia (Grados II y III).

3. Deterioro cognitivo moderado (Deterioro Global Reisberg: igual o superior a 4).

4. Presencia de disfunción moderada o severa en el funcionamiento global de la persona, con valoración según escalas adecuadas del déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo.

Sociales.

1. Ausencia de red social o de apoyo adecuada.

2. Riesgo de claudicación del cuidador principal.

3. Vivienda o entorno que no reúnan las condiciones apropiadas a las necesidades del paciente.

PERFILES DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

En base a estos criterios debería fijarse los perfiles como un elenco genérico y flexible

de situaciones de hecho que, una vez acreditada su concurrencia, posibiliten que la persona sea susceptible de recibir atención sociosanitaria. No ha de tratarse, por tanto, de un nuevo “baremo” social (discapacidad o dependencia) o sanitario (diagnóstico o pronóstico), sino un juicio apreciativo, elaborado por los profesionales, formado a partir de los elementos de todo tipo sobre la persona ya existentes o que se puedan producir.

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.

La concreción de estos perfiles puede llevarse a cabo según la siguiente clasificación:

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 SNC.
- Fracturas o lesiones del sistema osteomuscular.

- Procesos patológicos de los sistemas cardiocirculatorio, respiratorio, digestivo, etc.
- Otros.

2. Personas con demencias avanzadas o con algún otro trastorno cognitivo de tipo crónico que requieran cuidados sanitarios complejos.

- Enfermedad de Alzheimer.
- Otras demencias.

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

- ACV.
- Fractura de cadera.
- Amputaciones.
- Síndromes de inmovilidad.
- Patologías 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 pos neumonía 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 (IC, EPOC, 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.
- SNG.
- 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.

- Reeducación motriz propia de tipo fisio-terápica y/o ergoterápica.
- Terapia ocupacional.
- Psicoterapia (Psicoestimulación u orientación a la realidad).

- Reeducación 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.
- Reeducación motriz propia de tipo fisio-terápica y/o ergoterápica.
- Terapia ocupacional y mantenimiento en el Sistema Nacional de Educación.
- Psicoterapia (psicoestimulación y/o orientación a la realidad).
- Otras.

10. Enfermedades raras, siempre que exijan junto a una atención sanitaria intensa, una atención social.

Capítulo 3. Los recursos

José Ignacio Nieto

Vamos a identificar los recursos sanitarios, tanto centros sanitarios como servicios sanitarios, para después hacerlo con los distintos tipos de servicios sociales más extendidos y terminaremos con el domicilio de las personas, que sin ser social ni sanitario, debe ser un escenario muy importante para la atención sociosanitaria.

LOS RECURSOS SANITARIOS.

La Ley 14/1986, de 24 de abril, General de Sanidad, habla en su artículo 29 de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y establece la necesidad de su autorización y registro.

Esta norma se desarrolló mediante el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Este Real Decreto tiene carácter de norma básica en virtud de lo establecido en el artículo 149.1.16ª de la Constitución. Ello significa que debe ser aplicado por todas y cada una de las Comunidades y Ciudades Autónomas, es decir en todo el territorio del Sistema Nacional de Salud.

El Real Decreto establece el procedimiento de autorización, así como una clasificación, denominación y definición común para todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios, públicos y privados, y establece el correspondiente Catálogo y Registro general.

Los Centros Sanitarios

El citado Real Decreto 1227/2003, nos define en su artículo 2.1.a) como Centro sanitario el “conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas. Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial”.

Este mismo artículo en su apartado d) define como Actividad sanitaria al “conjunto de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, dirigidas a fomentar, restaurar o mejorar la salud de las personas realizadas por profesionales sanitarios”.

En el Anexo I del Real Decreto se establece la tipología de centros y establecimientos sanitarios y en el Anexo II se define cada tipo de centros.

Nos vamos a fijar, por nuestro especial interés en los Centros Sanitarios con internamiento, es decir los Hospitales (grupo C.1): centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en éstos, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria.

A su vez los hospitales se clasifican en varios grupos: generales (C.1.1), especializados (C.1.2), de media y larga estancia (C.1.3), de salud mental y tratamiento de toxicomanías (C.1.4) y otros con internamiento (C.1.90). En todos los casos son hospitales que se ajustan a la definición general.

Al objeto de disipar cualquier duda sobre si a los efectos que nos ocupan debería hacerse alguna diferenciación según los distintos tipos de hospitales, vamos a ver como se definen los incluidos como C.1.3 y C.1.4:

C.1.3 Hospitales de media y larga estancia: hospitales destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un periodo prolongado de internamiento.

C.1.4 Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías: hospitales destinados a proporcionar diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su enfermedad a los pacientes que precisan ser ingresados y que sufren enfermedades mentales o trastornos derivados de las toxicomanías.

La conclusión es clara, al hablar de hospitales nos estamos refiriendo siempre a los lugares donde se presta atención sanitaria a pacientes que necesitan ingreso para proporcionarles los cuidados sanitarios que precisan para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad. Estas actividades sanitarias son proporcionadas por profesionales capacitados, por su titulación oficial o habili-

tación profesional, que realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas.

En los centros sanitarios con internamiento la persona recibe una atención integral, lo que implica que junto a los servicios sanitarios pueda prestarse alguna atención social. Lo que obviamente no modifica la calificación del hospital como centro exclusivamente sanitario.

Que esto es así se ha visto en la atención a los pacientes hospitalizados a lo largo de la pandemia del Sars-Cov-2 donde no es que el acompañamiento a los pacientes estaba excluido, sino que ni siquiera eran posibles las visitas, y el personal del hospital se encargaba, como no puede ser de otra forma, de la atención integral del paciente, facilitándole todos los cuidados y atenciones que precisase.

Y esta conclusión es válida para cualquier otro tipo de centro sanitario o servicio sanitario. Aquí estarían los que bajo el apartado C.2, define el mismo Real Decreto como **de asistencia sanitaria sin internamiento: centros sanitarios en los que se prestan servicios de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por profesionales sanitarios a pacientes que no precisan ingreso. En estos se incluyen consultas médicas y de otros profesionales, Centros de atención primaria y centros de salud y consultorios, así como centros polivalentes y especializados.**

Dependiendo de la atención sanitaria a prestar junto a las necesidades sociales de ese paciente, se podrán definir las solucio-

nes que pueden plantearse, lo que llevaremos a cabo en posteriores apartados.

Los Servicios Sanitarios

Ya hemos dicho que el RD 1277/2003, se refiere a los centros, servicios y establecimientos sanitarios. El apartado anterior se ha dedicado a los centros sanitarios.

Nos queda por ver que se entiende por Servicio sanitario, según la definición que del mismo hace este Real Decreto en su artículo 2.1.b). Se trata de la **unidad asistencial, con organización diferenciada, dotada de los recursos técnicos y de los profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, para realizar actividades sanitarias específicas. Puede estar integrado en una organización cuya actividad principal puede no ser sanitaria.**

Nos parece conveniente destacar las notas características que definen al servicio sanitario y que sin su cumplimiento éste no existiría:

- Unidad asistencial (sanitaria) con organización diferenciada.
- Con recursos y profesionales capacitados.
- Para prestar actividades sanitarias específicas.

Por tanto, este Reglamento abre la posibilidad de que una unidad asistencial sanitaria con organización diferenciada, que disponga de los recursos y profesionales capacitados, para prestar sus actividades sanitarias específicas, pueda estar integrada en otra organización cuya actividad principal pueda no ser sanitaria.

Estar integrada no significa que se confunda con esa otra organización cuya actividad

principal no sea sanitaria. Pero el servicio sanitario siempre tendrá única y exclusivamente una actividad sanitaria, con una organización diferenciada y deberá disponer de unos profesionales sanitarios específicos.

Sin ninguna duda un centro de servicios sociales, como organización cuya actividad principal no es sanitaria, podría contar con un servicio sanitario integrado en el mismo, que por definición contará con una organización diferenciada. Pero de ninguna manera el servicio sanitario podrá confundirse con el centro social en que se encuentre integrado, por mucha coordinación que pueda existir entre ambos, y nunca podrá convertir a ese centro social, por ejemplo, una residencia en un centro sanitario, que no lo es, ni en uno sociosanitario, que como ya hemos indicado reiteradamente, no existen legalmente.

LOS RECURSOS SOCIALES

Los Centros Sociales

Y volviendo ahora desde la perspectiva de los servicios sociales, son muchas y diversas las opciones que se plantean a la hora de definir o establecer un lugar donde se puede prestar "atención sociosanitaria".

Aunque evidentemente no se pueda considerar como un centro social, nos vamos a referir más adelante al **domicilio particular** o domicilio familiar de la persona que precisa "atención sociosanitaria".

Es cierto que de ninguna manera se puede encuadrar dentro de los servicios sociales, aunque en el mismo y con cierta frecuencia

se puede prestar atención social o atención-sanitaria. Y aun cuando sea habitual que se den por separado, no es infrecuente el hecho de que se presten conjuntamente.

Entrando ya en los centros sociales per se, en primer lugar, tratamos de las residencias de personas mayores, discapacitados o en términos más amplios dependientes, centros que con carácter general pasan a convertirse en el domicilio de las personas que residen en cada una de esas instituciones.

Aunque los centros no son sólo de mayores, sino que también hay otros referidos a la discapacidad y también a la infancia, vamos a seguir este trabajo tomando como base principal y referencia a las residencias de mayores, que son las más habituales y las más conocidas, hasta el punto que dedicamos un capítulo concreto de este trabajo, dando las bases para establecer un Plan para las residencias que facilite la atención sociosanitaria de las personas que lo precisen. Para otros casos no habrá más que llevar a cabo las adaptaciones que correspondan en función del colectivo específico a que se refieran.

Las Residencias

Pero ¿qué es una residencia de mayores?

Una definición descriptiva de Las Residencias de Personas Mayores puede encontrarse fácilmente en internet: **Son centros de carácter social que ofrecen alojamiento, convivencia y atención integral. Tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente para personas mayores en situación de dependencia.**

Vamos a detenernos ahora para ver como el IMSERSO, siglas que en la actualidad corresponden al Instituto de Mayores y Servicios Sociales, las define: **las Residencias de Personas Mayores son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal.**

La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales

El servicio de atención residencial, como puede apreciarse lo plantea el IMSERSO con una visión integral y de gran amplitud.

Pero hay que tener en cuenta que las competencias en materia de Servicios Sociales, a parte del papel que juega el IMSERSO, están transferidas a las Comunidades Autónomas y como no es nuestro objetivo llevar a cabo un estudio comparado de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, ni de estas entre sí, a efectos de conceptos vamos a fijarnos en una de ellas, ya que con toda seguridad no va a diferir del resto, en lo sustancial de los conceptos. Para ello nos fijamos en la normativa de la Comunidad de Madrid y por tanto en su Ley de Servicios Sociales, para identificar según su propia nomenclatura, las **prestaciones** materiales

que define para el sistema público de servicios sociales:

a) La atención residencial, que comporta alojamiento, continuado o temporal, sustitutivo del hogar.

b) La atención diurna, que ofrece cuidados personales, actividades de promoción y prevención o aplicación de tratamientos de forma ambulatoria.

c) Atención domiciliaria, consistente en ofrecer un conjunto de atenciones a personas o familias en su propio domicilio, para facilitar su desenvolvimiento y permanencia en su entorno habitual.

Profundicemos un poco más en cómo se definen los centros de los apartados a) y b), entendiendo que la atención domiciliaria ha sido claramente definida como la que tiene lugar en el propio domicilio.

Para la Comunidad de Madrid, las residencias de mayores constituyen un recurso social fundamental para la atención de aquellas personas que, por circunstancias personales o familiares, no pueden permanecer, temporal o indefinidamente, en su domicilio. La importancia de este recurso se acentúa cuando se trata de personas que se encuentran en situación de dependencia.

Vamos a analizar la situación que se produce cuando se trate de que el domicilio de una persona que precisa la "atención sociosanitaria" sea una residencia.

Básicamente la situación será similar a la que puede producirse en el caso del domicilio

particular, pero teniendo en cuenta que en este caso la atención social la organiza, la presta y garantiza la propia residencia y la atención sanitaria deberá ser prestada por los servicios sanitarios, con toda la amplitud posible.

Así la persona que vive en una residencia puede recibir asistencia sanitaria a través de atención domiciliaria, hospitalización a domicilio o cuidados paliativos a domicilio, prestados por la atención primaria o la hospitalaria, según los casos, y por supuesto de la atención de urgencias y emergencias sanitarias.

Es cierto que aun cuando la residencia puede disponer de algunos medios técnicos y estructurales que en el domicilio no existen, nunca por ello se convierte en un centro sanitario.

Lo que si es necesario es que exista una comunicación e interacción entre los profesionales de la residencia y los del sistema sanitario que atienden a los pacientes que viven en la residencia, especialmente con los de Atención Primaria, con los que debe existir un contacto permanente, pero también con los de los Hospitales cuando así sea necesario. Esto es lo que debe suponer un plus importante en la relación y atención a las personas.

Lógicamente en las residencias viven un número más o menos grande de personas, y es fácil imaginar la situación que en determinados momentos vayan a coincidir varias o muchas personas necesitando a la vez "atención sanitaria". Este hecho junto a la propia estructura y organización de la residencia,

abre opciones y posibilidades para una mejor y más adecuada organización de la misma como la posibilidad de integrar en la misma un Servicio Sanitario, los del tipo C.3, que antes hemos descrito.

Estos servicios sanitarios pueden pertenecer al sistema público, pero también ser dependientes de la sanidad privada.

Centros Sociales Especializados con residencia.

Es cierto que cuando hablamos de residencias, generalmente estamos pensando en las residencias de personas mayores, pero lo dicho nos sirve también para otro tipo de centros residenciales, aun cuando vayan específicamente dirigidos a colectivos concretos y definidos que tengan unas necesidades especiales por sus diferentes capacidades físicas, motoras o sensoriales o sus déficits cognitivos o de cualquier otro tipo.

A título de ejemplos voy a citar algunos de estos colectivos, ya que en muchas ocasiones se dispone de centros especializados para ellos, y que supondrán en nuestro análisis otros tantos casos u opciones en el modelo, pero siempre sobre las bases y principios del mismo.

Así podemos encontrar a los afectados por parálisis cerebral, a los afectados por THA y otras del espectro autista, discapacidades físicas importantes como hemiplejias, paraplejias o tetraplejias, diversos estados relacionados con la salud mental, y también de toxicomanías y otras adicciones.

Quiero insistir que siempre nos referimos a centros dependientes de los Servicios socia-

les y bajo su ámbito de competencias, donde además de esa atención social y ser un lugar donde residir habitualmente, suelen prestar otros servicios relacionados con las actividades o tratamientos ocupacionales, incluso de actividades de formación y capacitación profesional a diversos niveles y de preparación y adaptación para la autonomía personal y la vida independiente.

Centros de Día

No podemos terminar nuestro recorrido sin una mención especial para los Centros de Día, vinculados a los servicios sociales y que atienden a personas de muy diversa situación y que en muchos casos hay que considerarlos como altamente especializados.

También en la legislación de Madrid, que antes tomamos como ejemplo, se definen los Centros de Día: **concebidos como centros especializados no residenciales con equipamiento especializado de carácter socio rehabilitador y de estancia diurna, constituyen un recurso adecuado para conseguir: prevenir la progresión de las situaciones de deterioro físico y psíquico, conservar y recuperar la autonomía personal, mantener a las personas mayores dependientes en su entorno, apoyar a las familias en el cuidado del mayor en situación de dependencia.**

En estas ocasiones el centro no se convierte en el domicilio de la persona, ya que su estancia se limita a unas horas más o menos amplias del día, de ahí su nombre, para volver a pernoctar a su domicilio habitual donde continúa su vida. Ni siquiera suele extenderse a todos los días de la semana.

Conviene recordar que en los Centros de Día

se trata de prevenir la progresión de las situaciones de deterioro físico y psíquico, conservar y recuperar la autonomía personal, mantener a las personas mayores dependientes en su entorno, así como apoyar a las familias en el cuidado del mayor en situación de dependencia.

Los que más abundan son los dedicados a la atención a personas mayores dependientes, también existen centros de Día dirigidos a colectivos afectados por necesidades específicas, mereciendo especial mención los de las personas con deterioro neurodegenerativo.

OTROS RECURSOS

En el apartado anterior se han ido desgranando los que consideramos como más importantes recursos del sistema sanitario y del sistema social, implicados en la atención sociosanitaria.

Ahora queremos señalar otros recursos imprescindibles en un modelo de atención sociosanitaria y que afectan tanto al sistema sanitario como al social, según los casos.

En primer lugar, se trata del domicilio particular como el lugar más adecuado para prestar la atención sociosanitaria, siempre que sea posible, y en ocasiones a través de recursos específicos tanto provenientes del sistema sanitario como del sistema social.

A continuación, debe quedar clara la importancia, hasta hacerla imprescindible de la historia de salud y social digital.

La telemedicina, y en muchas ocasiones la

teleasistencia, una desde la perspectiva sanitaria y otra desde la social, son importantísimas herramientas en nuestro modelo.

El domicilio particular o familiar

Vamos a empezar por el principio, que además es mayoritariamente admitido y no puesto en duda por nadie. Me estoy refiriendo a la situación que se originaría en el caso de que la "atención sociosanitaria" pueda ser prestada en lo que conocemos como domicilio particular o familiar.

Los medios materiales y técnicos necesarios para prestar la atención sanitaria serán aportados por el sistema sanitario quien principalmente aportará los profesionales que van a prestar esa atención sanitaria, pero también los medios técnicos y materiales necesarios.

Existen ya fórmulas, algunas muy extendidas y especializadas, para que esto se pueda hacer a través de lo que se conoce como atención domiciliaria, hospitalización a domicilio y cuidados paliativos a domicilio, que pueden ser prestados por la atención primaria o la hospitalaria, según los casos y dependiendo en cada caso de la estructura de la organización sanitaria afectada.

Son muchos los tratamientos y atenciones sanitarias que se pueden prestar en el domicilio, de muy diverso contenido, y no sólo y en exclusiva por los servicios específicos que hemos mencionado. Nos referimos a determinados tratamientos de rehabilitación funcional, atención de cuidados de enfermería, aplicación de tratamientos farmacológicos, entre otros muchos posibles.

En la parte que se refiere a la atención social, deberá ser prestada por los servicios sociales y a su cargo, ya sea apoyando a los familiares o terceros que cuiden a la persona atendida, o con medios directos y propios de los servicios sociales, como puede ser la atención domiciliaria en sus diversas modalidades de ayuda a domicilio, con el apoyo de otros medios como la teleasistencia y cualesquiera otras formas y otras posibles variantes de las prestaciones existentes, llevadas a cabo por servicios sociales especializados.

También hay otras formas de actuación que pueden darse en estos casos para que la persona que vive en su domicilio pueda acceder a la atención sanitaria, con el apoyo de los servicios sociales. Estas fórmulas también podrían extenderse a las residencias. Se trata de establecer los mecanismos para facilitar el acceso de una persona que necesita desplazarse para recibir determinadas atenciones sanitarias, como consultas, tratamientos rehabilitadores, asistencia al hospital de día o cualesquiera otros que estén establecidos, incluido el acceso a los medios de diagnóstico necesarios.

En estos casos los servicios sociales deben actuar procurándole los medios de transporte y desplazamiento, así como el acompañamiento y los apoyos necesarios, para que pueda acercarse y disponer de los servicios sanitarios que le prestarán esa atención sanitaria que necesita. De esta forma se estará evitando que el paciente se vea obligado a su ingreso en un centro sanitario, para recibir una asistencia que evidentemente se le puede prestar en lo que se conoce como atención ambulatoria.

La historia de salud y social digital.

Se trata de una herramienta indispensable en este modelo y que no es objeto de discusión mucho menos en la era digital en que vivimos y en el desarrollo de la salud digital. Imprescindible en cualquiera de las soluciones en que se piense, es decir para cualquier lugar en que se piense que pueda ser prestada la "atención sociosanitaria".

Supone la disponibilidad a nivel global de la "historia de salud digital" de cada persona, que debe completarse con una parte de la historia social, que permita atender a cada persona que precise "atención sociosanitaria" y en cualquier lugar en que se encuentre. Historia que debe ser transparente y accesible a ambos sistemas, evidentemente con todas las garantías de acceso y seguridad debidas y que el ordenamiento requiera, tanto para los profesionales como para los usuarios y los pacientes.

La telemedicina

Otro elemento que juega un papel muy importante en este modelo es lo que se ha venido entendiendo en los últimos tiempos como telemedicina, pero en un sentido, tanto desde las opciones técnicas como desde la práctica, verdaderamente amplio.

No se entiende sólo en el sentido de que un médico, o en general un profesional sanitario, se comunique a distancia con el paciente o sus cuidadores, sino que también comprende la comunicación entre los diversos profesionales sanitarios que intervienen en el proceso de asistencia, y que se extiende al control y seguimiento telemático de ese paciente, incluso con la aplicación de técnicas diagnósticas, de pruebas y también para

los tratamientos, todo ello con la mayor amplitud imaginable.

Una cuestión esencial para que lo anterior

sea posible es que esté formando parte de lo que hemos denominado antes como "historia de salud digital".

Capítulo 4. El espacio socio sanitario

José Ignacio Nieto

Si como ya hemos mantenido la “atención socio sanitaria” no es una atención nueva, sino una forma de prestar conjuntamente la atención social y la atención sanitaria, o como he señalado anteriormente atención sanitaria en determinadas circunstancias de necesidad social, lo que ahora procede es determinar dónde y cómo se va a prestar la “atención socio sanitaria”.

Las soluciones se van a plantear en base a aquello que se llamó “espacio socio sanitario”, que no es otra cosa que definir las condiciones de la dimensión física (espacio) y de los medios de que han de disponer, para que se pueda prestar la atención sanitaria, ante determinadas circunstancias de necesidades sociales ya sean preexistentes o sobrevenidas, permanentes o temporales.

Son muchas y diversas las opciones que se plantean a la hora de definir o establecer un “espacio socio sanitario”.

El primero de todos es el domicilio particular de la persona que precisa “atención socio sanitaria”.

A continuación, están las residencias de mayores, discapacitados y en general dependientes, que han pasado a ser el domicilio de las personas, individualmente consideradas, que residen en cada una.

Otros centros sociales especializados y los Centros de día, en función de los perfiles

de sus beneficiarios y de la atención que precisen.

En el capítulo de los recursos, a la hora de hablar de algunos de ellos, especialmente de los sociales y sobre todo del domicilio particular, hemos tratado de lo que pueden ser los espacios socio sanitarios, apuntando en cada caso los recursos materiales técnicos y humanos, que deben ser aportados por cada uno de los sistemas.

Respecto a los hospitales y otros centros sanitarios, difícilmente podrán ser considerados como espacios socio sanitarios, por más que a través de los servicios sociales sean desplazados los pacientes para recibir determinada atención sanitaria.

Pero un espacio no adquiere esa condición de “espacio socio sanitario” por el simple hecho de que en él se encuentre una persona que precise atención social y sanitaria de forma conjunta.

Para que un espacio pueda considerarse como un “espacio socio sanitario” y para que en el mismo pueda prestarse atención social y sanitaria conjuntamente, es decir “atención socio sanitaria” deberá disponer de los medios materiales, tanto estructurales como técnicos, que hagan posible que esas atenciones, y especialmente la sanitaria, puedan ser prestadas en las debidas condiciones de calidad y seguridad.

Además, esa atención sanitaria y social, deberá ser prestada por los profesionales correspondientes debidamente cualificados y acreditados, en cada caso.

Los profesionales sanitarios, ya pertenezcan a sistema público o a la sanidad privada, serán siempre los que presten la atención sanitaria, cualquiera que sea el "espacio sanitario" definido.

Las opciones son tan amplias cuanto nuestra imaginación, capacidad de organización y recursos disponibles lo permitan para hacer llegar a una persona que lo necesita la adecuada atención sociosanitaria que precisa, es decir la atención sanitaria y la prestación social que requiere en el lugar que se encuentra.

Capítulo 5. La coordinación entre Administraciones

Carlos Peña

LOS ÓRGANOS DE COORDINACIÓN ENTRE ADMINISTRACIONES

Actualmente nos encontramos con una gran variabilidad en cuanto a cómo están distribuidas las competencias, sociales o sanitarias, cuando avanzamos sobre cada una de las Comunidades Autónomas (en adelante CC.AA.) que conforman el mapa geográfico español. En el ámbito ministerial ambas competencias, la sanitaria y la social, han ido alternando entre estar en el mismo ministerio o en ministerios separados como sucede en la actualidad. Por otro lado, solamente tenemos 7 CC.AA. con ambas competencias asumidas bajo una misma consejería. También, un factor importante, que entra en la ecuación para lo que más adelante vamos a definir, corresponde a la equivalencia o no del mapa sanitario (áreas de salud) con el social (en la mayoría de los casos equivalente a estructuras provinciales o similares).

Estas dos cuestiones previas ahondan, de manera muy relevante, en el diseño y puesta en funcionamiento de los diferentes planes de atención, habida cuenta de que trabajar dentro de la misma administración u órgano de gestión no es lo mismo que hacerlo desde 2 Administraciones distintas. Otro elemento a destacar tiene que ver con la gobernanza de la atención sociosanitaria, valorando las diferencias entre tenerlo asumido por una sola consejería o estar separada en dos estructuras independientes, tanto a nivel orgánico como presupuestario. Concluyo, en

este sentido, manifestando que no existe un modelo uniforme en cuanto a la coordinación entre servicios sociales y sanitarios, tampoco respecto a la prestación de las respectivas carteras de servicios, menos aún con toda la estructura de apoyo informal, como es la de tipo asociativo.

Durante los últimos años se ha avanzado mucho para intentar establecer modelos normalizados de trabajo y comunicación entre los distintos niveles, así han aparecido herramientas como los planes/protocolos de derivación, las vías clínicas o los itinerarios asistenciales, entre otros muchos. Muchos de ellos, apoyados fuertemente en una concepción muy biomédica del individuo. Sin embargo, han aparecido experiencias muy relevantes que tienen en cuenta la autonomía del paciente, la gestión de casos con una perspectiva integral de la persona o las iniciativas destinadas a formar y cuidar al cuidador formal/informal.

El CSIC, en su último informe nº 27 de enero 2021, recoge que en España tenemos alrededor de 5.600 centros residenciales para las personas mayores aportando un total de 384.000 plazas al sistema. Respecto a la discapacidad, el INE tiene previsto publicar un estudio de campo, a lo largo de 2021 para actualizar unos datos que ya en 2018 cifraban en torno a 3,85 millones el número de personas que la presentaban. Son cifras abrumadoras, en la que, sin entrar para ahondar más en otro tipo de usuarios/cohor-

tes del espacio socio sanitario, nos indican un target de población muy elevado y susceptible de beneficiarse de los diversos tipos de coordinación interniveles, para que su experiencia sea mejor.

Los PROs (Patient Reported Outcomes), o resultados en salud desde la perspectiva del paciente son cada vez más usados por los gestores, los políticos y las autoridades sanitarias para evaluar la efectividad y la calidad en la atención/cuidados desde la perspectiva de las personas que las reciben. Especialmente porque aportan un mayor valor y diferenciador exclusivamente de la clínica y/o perspectiva biomédica, aportando valor más allá de la mera enfermedad o condición de la persona. Así pues, también desde la Plataforma de Pacientes, y su observatorio de la atención al paciente, se elaboró durante 2021 un estudio sobre el impacto de la covid en las personas con enfermedad crónica. Documento de muy enriquecedora lectura, donde se evidencian, desde la perspectiva del paciente, una serie de circunstancias cuya trayectoria o aparición no es nueva pero que se han puesto de manifiesto significativamente durante la pandemia global de la covid-19, y tiene que ver con una serie de principios y procesos que no han sabido interactuar adecuadamente durante el inicio de la pandemia y cómo, una vez flexibilizados todos los procesos previos han puesto de manifiesto que la coordinación para la atención socio sanitaria es posible, es necesaria y que aumenta no solo los resultados e nivel de efectividad, sino que también es eficiente y aumenta la calidad percibida por parte de las personas que participan en ella (profesionales y pacientes).

La coordinación de la atención socio sanitaria, entendida como una metodología de atención y/o gestión del caso, no viene a sustituir las actividades propias competenciales, tanto de la parte social como de la sanitaria, sino a establecer un uso y utilización de los recursos de la manera más integradora posible para dar una atención lo más personalizada e integral posible a la persona, respecto a su situación, siempre dentro de los principios de equidad en cuanto a la provisión.

Niveles de Atención:

Bajo una conceptualización de atención integral al ciudadano, entre los sistemas sociales y sanitarios, la coordinación de la atención socio sanitaria se entiende como un concepto multifactorial y, aunque su éxito lleva implícita la capacidad de flexibilización de los procesos/estructuras, si podemos establecer distintos ámbitos entre los que puede prestar más adecuadamente su actuación:

1. Entre los diversos servicios del sistema social: corresponde a la coordinación entre los diferentes servicios y secciones que se encuentran dentro de las consejerías de bienestar social. También, en modelos provinciales, descentralizados, correspondería a la coordinación entre esas demarcaciones, entre ellas y con la consejería.
2. Entre los diversos servicios del sistema sanitario: corresponde tanto a la comunicación interniveles (primaria y hospitalaria) como entre los diferentes servicios de carácter sanitario (especialidades) y entre los diferentes centros (como pueden ser hospitales, centros de especialidades o recursos hospitalarios de alta resolución).

3. Entre los servicios sociales y sanitarios: la coordinación básica entre los recursos que se encuentran en los puntos 1 y 2 anteriores.

4. Entre los servicios sociales y sanitarios con otras Administraciones Públicas: Estado, Comunidad Autónoma, diputaciones o similar y ayuntamientos.

5. Entre los servicios sociales y sanitario con las diferentes estructuras de tipo asociativo/informal: correspondería a la coordinación entre los recursos incluidos en los anteriores puntos 1 y 2 respecto a las diferentes estructuras de tipo informal como pueden ser asociaciones de pacientes, sistemas de provisión de servicios que surgen o se crean a iniciativa de conjuntos de pacientes o familiares, las ONG, etc...

Los ciudadanos susceptibles de beneficiarse de estos modelos de coordinación, son aquellos que presentan necesidades sociales y sanitarias de manera simultánea y necesitan una valoración integral y una actuación coordinada de ambos sistemas.

Niveles de Coordinación:

Establecer modelos de atención sociosanitaria coordinada significa básicamente trabajar bajo una conceptualización avanzada de la persona que aúne, de manera integradora, todos los recursos disponibles, tanto en el sistema social como en el sanitario, para prestar una atención basada en valor:

- Atención integral a la persona / familia / cuidador principal, como centro de la atención.
- Incorporar la perspectiva del paciente a

nuestro modelo de atención (PROs)

- Garantizar la continuidad asistencial y de los cuidados
- Disminuir las barreras para la aumentar la accesibilidad al sistema social y sanitario, mejorando la capacidad de respuesta.
- Establecer procesos de análisis para la mejora continua de la calidad.
- Construir procesos basados en la gestión del caso, donde la persona obtenga el mejor recurso en función de su necesidad actual, evitando el uso de dispositivos de agudos o desplazamientos innecesarios, estableciendo como preferencia la atención dentro de su Comunidad (atención primaria).
- Establecer mecanismos formales y reglados respecto al funcionamiento Inter-Administraciones
- Normalizar los instrumentos de trabajo, la cartera de servicios y los sistemas de información

En este sentido, es muy difícil establecer un sistema homogéneo que dé respuesta a todas las realidades y que profundice, a nivel de detalle, en todas las propuestas existentes en las diferentes Comunidades Autónomas. Sin embargo, a modo general, estas estructuras se vienen conformando y se asimilan a los niveles de gestión:

- Macro gestión o de políticas: Modelos de comisión a nivel de CC.AA. con representantes de las diferentes divisiones a nivel

competencial, especialmente las sanitarias y las sociales, en las que se aconseja incluir a representantes de las patronales y de las asociaciones de pacientes. Establecen la planificación sanitaria y social, para intervalos de 5 a 10 años, respecto al espacio sociosanitario, y lo integran en sus respectivos planes de salud / acuerdos de gestión. Se reúnen periódicamente, de manera programada, o bien de manera extraordinaria para abordar temas de carácter específico.

- Meso gestión: modelos de comisión a nivel de estructuras geográficas de referencia, incorporando a las estructuras directivas que gestionan esos centros, así como los representantes de las asociaciones de pacientes y/o determinados participantes de las entidades locales. Pueden o no compartir demarcación las áreas sanitarias con las sociales. Despliegan las políticas y las estrategias que se definen a nivel de CCAA a lo largo de acciones que se aplican, generalmente en periodos de 1 a 3 años. Al igual que la anterior, pueden reunirse de manera programada o extraordinaria, siendo su periodicidad superior.

- Micro gestión o de equipos base y que representan la personificación de las estrategias reales de coordinación puesto que gestionan, en la práctica, la activación de los recursos existentes. Son el primer nivel y se constituyen como figuras esencialmente integradas en equipos multidisciplinares dando respuesta a pacientes individuales o a diversas agrupaciones de los mismos, ya sea por complejidad o fragilidad. Especialmente destaca la gestión del caso, entendida como

una metodología de trabajo dentro de un equipo multidisciplinar. Son equipos permeables, que pueden incorporar a determinados profesionales a sus intervenciones en función de la necesidad. Trabajan estrechamente con las entidades locales, los servicios sociales, los sanitarios, así como los centros y asociaciones del espacio sociosanitario. Planifican sus acciones, de manera detallada, a un nivel inferior. Habitualmente mensual-trimestral.

Niveles de Intensidad respecto a la Coordinación:

En un escenario sociodemográfico complejo, con un elevado nivel de transformación hacia el envejecimiento y la cronicidad, se evidencia la proximidad respecto a la llegada de un gran reto para el sistema social y sanitario de nuestro país. Este reto vendrá acompañado, implícitamente, de la necesidad de transformar una serie de estructuras, aportando innovación en las mismas y cuyos recursos se asignen de una manera más transversal, centrados en la persona. En este sentido el papel de la atención primaria será crucial y se transformará en el actor preferente para dar respuesta a las necesidades de las personas, familias y Comunidad, en colaboración con el resto de agentes del sistema (tantos sanitarios como sociales). Y en ese sentido, siguiendo un modelo basado en la asignación de los recursos en función de la necesidad (modelo de Kaiser Permanente), la coordinación entre las diferentes estructuras sociales y sanitarias también va a aumentar o disminuir en función de las necesidades de las personas, respecto a su complejidad.

Para poder establecer las estrategias de actuación es importante conocer la estratificación de la población respecto a las diferentes áreas de salud, zonas básicas y equipos como primer nivel de desagregación. En un segundo nivel, respecto a otro tipo de agrupaciones de personas, como pueden ser centros residenciales con objeto de conocer el nivel de complejidad de la población a estudio.

- Pacientes con una mayor complejidad y con una frecuente comorbilidad (5% del total): gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales, avanzados y liderados por un gestor del caso. Estrategias de mantenimiento en el Domicilio (familiar, tuteladas o centros residenciales) potenciando la figura de la enfermería. Enfermería Gestora de Enlace Hospitalario y Enfermería Gestora de Casos en Atención Primaria.
- Pacientes de alto riesgo, pero de menor complejidad respecto a los anteriores (suponen un 15% del total): combina la autogestión de la enfermedad con los cuidados profesionales y la gestión del caso.
- Pacientes crónicos (suponen un 70-80% del total): apoyo en autogestión de su enfermedad a través del autocuidado y el empoderamiento del paciente.
- Población general: en la que diseñar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Atención Primaria como marco para el desarrollo de experiencias integrales de promoción de estilos de vida saludables y envejecimien-

to activo.

LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARES DE PRIMER NIVEL

Constituyen la estructura básica de coordinación dando realidad a las estrategias macro y meso de coordinación de la atención sociosanitaria. Bajo un modelo de gestión de casos, sus integrantes funcionan como un equipo que da respuesta a las necesidades sociales y sanitarias de la población a la que prestan servicio, así como a los profesionales, familias y cuidadoras (ya sean formales o informales) de los mismos.

Estos equipos desempeñan su labor profesional de manera integrada, dando respuesta tanto a la demanda como a la actividad programada mediante su programación diaria, al contrario de los dos niveles superiores, meso y macro, que se reúnen con diversas periodicidades. Sin menoscabo de la actividad competencial de los sistemas sociales y sanitarios, trabajan para mejorar la coordinación entre todos los actores con un modelo de trabajo que abarca las esferas:

- La del individuo que precisa una atención personalizada y una gestión activa del caso, ya sea por alarma social y/o problema grave de salud.
- La de agrupaciones o cohortes de pacientes susceptibles de una atención proactiva para la mejora de su estado de salud y la de su calidad de vida. Actividades preventivas o de promoción de la salud.
- La de la mejora de los procesos, de planes de derivación, rutas asistenciales, etc.

Los principios rectores, de estos equipos de coordinación de primer nivel, los podemos considerar atendiendo a una serie de premisas que guiarán sus intervenciones para garantizar:

- Una mejora de la calidad y de la seguridad respecto a las personas susceptibles de participar dentro de los programas de coordinación de la atención sociosanitaria.
 - El desarrollo de los derechos y de los deberes de los usuarios que se encuentran dentro del espacio sociosanitario, prestando una atención humanizada, personalizada e integral.
 - La promoción del envejecimiento activo y la autonomía de las personas mediante las acciones e intervenciones que así lo favorezcan, teniendo en cuenta el apoyo y la participación de las familias en las residencias.
 - Una adecuada continuidad de cuidados que favorezca una completa integración de las intervenciones prestadas desde la atención hospitalaria, la atención primaria y la esfera social. Incluida la conciliación farmacoterapéutica.
 - Adecuar todas las intervenciones, tanto sociales como sanitarias, para favorecer al máximo la permanencia de la persona en su domicilio y, en el caso de necesidad, trabajar para coordinar los ingresos urgentes y disminuir la estancia hospitalaria lo máximo posible, en función de su clínica y de los recursos de su domicilio/centro residencial.
- Realizar una gestión intensiva del caso para favorecer las intervenciones de alta resolución, agrupando al máximo todo tipo de pruebas y descartando las de poco valor clínico – Estrategias “No hacer” del Ministerio de Sanidad.
 - Fomentar un seguimiento estrecho de la persona, con el objetivo de evitar reingresos innecesarios, trabajando para establecer los apoyos y cuidados necesarios que puedan necesitar de manera temporal.
 - En el caso de estar ante procesos paliativos del final de la vida, garantizar todas aquellas intervenciones que favorezcan una muerte digna, evitando traslados innecesarios al hospital y respetando la voluntad anticipada de la persona y/o familia.
 - Establecimiento de procedimientos de formación continuada cuyo alcance de cobertura y normalice los conocimientos entre los diferentes recursos de atención y/o sus profesionales. Para ello se detectarán las necesidades con el fin de diseñar las líneas de formación que darán respuesta a las mismas.
 - Informar y dar conocimiento de sus resultados, así como de promover determinadas acciones dentro de su ámbito de influencia, a la comisión de coordinación del área de salud. Evaluación.

Composición de los equipos interdisciplinarios:
Existe una gran variabilidad a la hora de componer estos equipos de coordinación base e interniveles. Esta composición está muy condicionada por la forma en la que se

estructuran los órganos de composición superiores, en el sentido de si están integrados dentro de una misma Consejería o estructura provincial. Así, dentro de los equipos de coordinación podemos encontrar una serie de actores, sin menoscabo de las que puedan existir dentro de los equipos sanitarios y/o sociales de las diferentes estructuras organizativas:

- De carácter básico y permanentes.
 - o El responsable de equipo: Profesional del equipo responsable de su gestión.
 - o El facultativo médico especialista de área
 - o La enfermera gestora de casos
- Como estructuras participativas en mayor o menor grado en cuanto al porcentaje de su asignación respecto a la jornada laboral y el grado de necesidad.
 - o Trabajo Social
 - o Fisioterapia
 - o Terapia ocupacional
 - o Psicología / Psiquiatría.
 - o Técnicos especialistas en cuidados auxiliares de enfermería.
- También podrán participar, en calidad de invitados, los siguientes:
 - o Otros profesionales de diversas Administraciones Públicas de carácter local (policía local, educativa, ayuntamientos, etc...)
 - o Representantes y/o profesionales de estructuras informales / asociativas (asociaciones de pacientes y/colectivos).

Es importante destacar que los profesionales de ambos sistemas son diferentes, no

respecto a la titulación que poseen, sino más bien al perfil de atención que prestan. En ese sentido, estos equipos vertebran una atención realmente coordinada, que tienen en cuenta todas las barreras y debilidades que existen a nivel local de integración de los recursos (humanos y materiales), de los sistemas de información (ausencia de una historia de salud interoperable o compartida) y de financiación. Transcenden, a través de la metodología de la gestión del caso, de los perfiles básicos tanto asistenciales como sociales, como roles de práctica más avanzada.

- Alineación de los diferentes perfiles a través de:
 - o Capacidad de liderazgo
 - o Conocimiento del espacio sociosanitario
 - o Experiencia y conocimiento en los síndromes geriátricos y en el paciente crónico complejo
 - o Habilidades de comunicación y negociación para la superación de las barreras interniveles e interprofesionales
 - o Habilidades docentes que favorezcan, mediante la creación de diversas alianzas interniveles, la formación reglada y normalizada entre equipos de atención primaria, hospitalaria y los propios profesionales de servicios sociales.
 - o Competencias docentes en educación para la salud destinada a los residentes de centros sociales.
 - o Capacidad de trabajo por objetivos según lo pactado en los diferentes acuerdos o pactos de gestión.
 - o Competencias en la gestión de casos y metodológicas para la elaboración de protocolos, vías clínicas y/o rutas

asistenciales.

o Competencias para el trabajo en equipo y respecto a la gestión del tiempo.

o Competencias en nuevas tecnologías como herramienta que permita superar barreras respecto a la dispersión y a la accesibilidad.

o Conocimientos respecto a la evaluación de los procesos y/o resultados.

El seguimiento de los pacientes con necesidades de atención sociosanitaria

En un concepto amplio y generalista, respecto al avance propiamente de la vida, entendemos fácilmente que la mayor parte de la misma la pasamos en nuestros domicilios y dentro de nuestra Comunidad. Comunidad que se encuentra dentro del ámbito de acción de la Atención Primaria y/o Comunitaria siendo comparativamente marginal, respecto a ella, el tiempo que pasamos en la Atención Hospitalaria, desde una perspectiva vital. Sin embargo, el paso por esta última viene a ser especialmente más traumático debido a la complejidad de la visita, su impacto sobre nuestra salud/enfermedad y especialmente sobre nuestra calidad y esperanza de vida.

Respecto a las estrategias para asegurar un adecuado seguimiento y coordinación de las personas con necesidades sociales y sanitarias, tenemos que tener en cuenta varias premisas:

- Las personas transitan entre diferentes niveles asistenciales y departamentales: necesidad de planes de intervención consensuados y compartidos.

- Los recursos a nivel local no están integrados: respecto a las personas y respecto a los materiales (financiación). Necesidad de establecer mecanismos de coordinación que tengan esto en cuenta y que, valorando las necesidades de las personas, establezcan modelos de funcionamiento estructurados.

- El mapa sanitario y el social pueden no estar integrados o ser incluso diferentes: establecer mapa de recursos donde prestar atención sociosanitaria.

- La Historia Clínica y los sistemas de información pueden no ser compartidos ni accesibles: establecer una historia electrónica común y accesible.

- El Espacio residencial y las infraestructuras no son uniformes.

- Los usuarios presentan diferentes necesidades dentro del espectro social y sanitario, algunas de carácter más continuado en el tiempo y otras debido a un desequilibrio o alteración temporal que requiere de su rehabilitación para recuperar las funciones previas o, en su defecto, mejorar su calidad de vida. Planes de atención integrales.

Capítulo 6. Situación actual

Fernando Vicente

En España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. Tampoco existen verdaderos sistemas de provisión integrada de estos servicios.

Puede decirse, en términos generales, que en el entorno europeo una mejor coordinación de las instituciones y de las entidades responsables de la prestación de los servicios sanitarios y sociales, así como un mayor equilibrio financiero y más calidad en los servicios son objetivos habituales en todos los países de nuestro entorno.

Sin entrar a analizar, dado que no es objeto de este trabajo, las distintas experiencias internacionales al respecto, sí es procedente citar uno de los modelos más avanzados en la materia, que es el de Canadá donde inicialmente integraron completamente el sistema sanitario y el sistema social, pero con posterioridad limitaron dicha coordinación a la atención de las personas con un perfil de necesidades sociosanitarias previamente definido, en el que cada Sistema, aporta los recursos y profesionales correspondientes en el ámbito de una atención coordinada.

Esta experiencia aportaría en nuestro país una perspectiva real que facilitaría la posibilidad de avanzar y mantener las dos identidades de ambos sistemas y trabajar por la coordinación de la atención a una población con necesidades de atención sociosanitaria

en torno a un perfil determinado previamente.

A nivel nacional, en este momento casi todas las Comunidades Autónomas disponen de algún documento, norma, programa o plan en el que reconocen la necesidad de afrontar la coordinación sociosanitaria, tanto a nivel legislativo en sus Leyes de ordenación sanitaria y de servicios sociales, como en la estructura organizativa de las respectivas Consejerías y vienen estableciendo desde hace algunos años y a través de distintas iniciativas, planes y programas, avances para llevar a cabo dicha coordinación.

Sin embargo, dichos avances son aún escasos, muy dispares en cuanto al modelo y dependen en muchos casos de la voluntad de coordinación de los profesionales responsables de los distintos dispositivos, lo que tiene mucho que ver con la arquitectura institucional existente en cada territorio y la disposición o no de recursos suficientes, tanto materiales como personales.

En todo caso es necesario, casi urgente ya, avanzar en un modelo básico a nivel nacional que garantice la igualdad de derechos de todos los españoles en todo el territorio nacional sin depender de que, en la Comunidad Autónoma donde resida, se haya avanzado más o menos en los instrumentos y modelos de coordinación sociosanitaria.

DIFICULTADES QUE IMPIDEN AVANZAR EN UNA COORDINACIÓN EFECTIVA

El Sistema Sanitario y el de Servicios Sociales tienen entre sí diferencias muy importantes, por lo que su trabajo coordinado es a menudo difícil, requiriendo para lograrlo de gran apoyo institucional y mucha voluntad de cambio por parte de los agentes que intervienen en el proceso.

Las diferencias entre ambos sistemas hacen que en su trabajo coordinado tanto a nivel de macrogestión como de microgestión, se produzcan ineficiencias de difícil resolución por múltiples razones que han sido ya profusamente analizadas en distintos documentos elaborados al respecto. No obstante, es necesario señalar algunas de ellas ya que, a día de hoy, siguen vigentes.

La historia de la creación y evolución de ambos sistemas ha hecho que su percepción por la ciudadanía sea diferente, su gestión por parte de las Administraciones Públicas muy dispar, por lo que esa visión de constituir dos sistemas separados se mantiene hasta hoy, tanto en la mente de los políticos como en la de los ciudadanos.

Nos encontramos pues con diferentes culturas organizacionales donde, además, existe un desconocimiento mutuo de las capacidades y conocimientos de los propios profesionales de ambas redes que hace que resulte compleja la asunción de responsabilidades compartidas, originando también la existencia de diferentes capacidades gestoras, docentes e investigadoras de sus profesionales.

Aunque los sistemas sanitario y social tienen

un carácter público y universal, configurándose la atención por los mismos como derecho subjetivo y se nutren de presupuestos públicos, existe una diferente percepción de la gratuidad de los mismos por la ciudadanía, que consiste en la apreciación de que el sistema sanitario no supone coste alguno para los usuarios y el sistema social, en cambio, responde a una financiación mixta donde el paciente contribuye a sufragar los gastos (sistema de copago) en función del tipo de servicio y la capacidad económica de que disponga. A ello hay que añadir los diferentes sistemas de acceso a los servicios (prescripción vs resolución).

La existencia de diferentes Administraciones Públicas competentes y los diferentes modelos de colaboración entre los entes locales y otras Administraciones (diputaciones forales o provinciales y administración autonómica), fruto de la potestad autoorganizativa de las mismas y entre los primeros con los hospitales y la atención primaria son muy variados y diversos.

Dado que la coordinación sociosanitaria debe realizarse entre distintos niveles, a saber, entre los servicios sanitarios y los servicios sociales de las distintas Administraciones Públicas, entre los diversos recursos y niveles de atención de un mismo sistema, entre los servicios profesionales, sociales y sanitarios y el sistema de apoyo informal y, por último, entre los recursos de las diferentes Administraciones Públicas y el sector privado, propio o concertado, hace que esta multiplicidad de modelos y agentes que intervienen en dicho proceso de coordinación, no haga fácil establecer modelos cuyo seguimiento sea general, aceptado y conocido.

Por último, la diferente composición público/privada de los dispositivos de atención, predominantemente públicos en la sanidad, y mayoritariamente privados en los servicios sociales, hace que la planificación y gestión de los recursos sea difícil de coordinar.

A estas diferencias entre los dos sistemas, han de añadirse la falta de un liderazgo fuerte a nivel estatal capaz de movilizar un cambio de paradigma.

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DEL CAMBIO

Para impulsar un cambio en esta tendencia a considerar la coordinación sociosanitaria como algo necesario pero difícil de conseguir y, por tanto, como hasta ahora, dejarlo para otro momento, es necesario profundizar en el diálogo entre todas las partes implicadas con objetivos y plazos concretos.

En dicho proceso la Administración General del Estado debe ejercer un papel de liderazgo, a través de los instrumentos y órganos de coordinación que tiene a su disposición, con el fin de lograr la corresponsabilidad e implicación de todas organizaciones que intervienen en la atención, a saber, Administraciones Públicas estatales, autonómicas y locales, organizaciones políticas, agentes sociales sindicales y empresariales, organizaciones científicas y profesionales así como organizaciones de pacientes y el tercer sector

Para lograr ese cambio efectivo que se está demandando desde hace años, sería clave crear **un marco común estatal básico**, que sirva de apoyo y base para enriquecerlo con la experiencia y conocimiento autonómico, local y del sector privado, con y sin ánimo de

lucro, este último de gran importancia en el sector de los Servicios Sociales y la Dependencia.

Dicho marco común, siendo conscientes de las dificultades legales, aunque no insalvables, de llevarlo a cabo mediante una norma jurídica básica de coordinación de ámbito estatal, alternativamente puede ser llevado a cabo a través de amplios consensos en el seno de las Conferencias Sectoriales respectivas a través de Acuerdos o, en su caso, Recomendaciones que, sin perjuicio de la distribución de competencias de las distintas Administraciones Públicas, establezcan un modelo básico capaz de garantizar unos mismos derechos a los ciudadanos en cualquier lugar del territorio nacional. Cabe recordar en ese sentido que esta coordinación ya estaba prevista para su desarrollo tanto en la Ley de Dependencia como en la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

El espíritu que emana tanto de la Ley de Cohesión y Calidad como de la Ley de Dependencia es la necesidad de cooperación y la suscripción de acuerdos entre las distintas Administraciones Públicas, así como con los agentes implicados en los desarrollos normativos necesarios para su aplicación.

Por ello, resulta esencial que las distintas Administraciones Públicas competentes, en aplicación de sus respectivos marcos competenciales y en el marco de un gran diálogo social, promuevan ese gran acuerdo que contenga un marco común básico en todo el Estado que permita garantizar una coordinación social y sanitaria real entre los Servi-

Scios Sociales y el Sistema Nacional de Salud en sus diferentes niveles.

Solo así se podrá garantizar con eficacia la calidad de la atención de las personas con necesidades de atención sociosanitaria, mayoritariamente personas mayores y en personas en situación de dependencia, la actividad económica y el empleo asociado a ella, así como las inversiones públicas y privadas relacionadas con la misma.

Para garantizar este marco de estabilidad será necesario establecer estructuras básicas de gestión estables en todo el Estado, nacidas necesariamente del acuerdo y la cooperación entre las Administraciones Públicas implicadas y el resto de actores (catálogo común de prestaciones básicas, protocolos, órganos de gestión y participación, financiación, etc.).

En todo caso, entre las condiciones básicas comunes que deben definirse a nivel estatal se debe tener como objetivo garantizar la atención integral de las personas en situación de dependencia mediante la continuidad de los diferentes niveles de atención y cuidado que cada ámbito ofrece, siguiendo los principios de integralidad e interdisciplinariedad.

Debe procederse por ello, y sin más demora, al desarrollo de un catálogo de servicios a incluir dentro de la atención sociosanitaria, que no tiene por qué ser uno nuevo sino la interrelación sinérgica, eficaz y eficiente entre, ambas carteras de servicios, la sanitaria y la social. Solo así se harían reales las previsiones contenidas tanto en la normativa sanitaria como en la normativa de dependencia, evitando así las duplicidades e inequidades en la atención y garantizando la máxima eficiencia y la continuidad en los cuidados.

Por último, y creemos que éste es un importante aspecto a tener en cuenta, es necesario rebatir la idea de que la coordinación sociosanitaria supondrá un incremento de gasto para el sistema sanitario y un ahorro de costes tanto para la atención especializada como para el sector residencial, ya que tal ahorro sólo es posible si se reduce la atención o la calidad de la misma. Por ello el establecimiento de un marco de financiación adecuado y estable tanto del sistema sanitario como del sistema de servicios sociales y la dependencia, garantizará la suficiencia de los recursos de atención, la calidad que exigen los ciudadanos y una adecuada respuesta al reto del envejecimiento de nuestra sociedad.

PARTE II: ACERCARNOS A LA SOLUCIÓN

Para tener una visión de conjunto y lo más exacta posible, que permita tomar medidas y adoptar soluciones para resolver los problemas de las personas que precisan de atención sociosanitaria, vamos a incluir diversos puntos de vista que han tratado de dar soluciones, como son el Plan para prestar atención sanitaria a los usuarios de residencias propuesto desde un Servicio de Geriátrica, o las soluciones que han planteado algunas Comunidades Autónomas como son las de Madrid, Castilla la Mancha y Andalucía. En ningún caso son aplicaciones del modelo que hemos tratado de definir, sino en el mejor de los casos, aproximaciones al mismo, siempre tratando de dar solución al problema y a la necesidad de atención sociosanitaria.

Capítulo 7. Un plan para las residencias

Leocadio Rodríguez

Definición y aplicación de un plan de coordinación y apoyo a las residencias de mayores para la provisión de una adecuada atención sanitaria de sus usuarios.

MARCO TEÓRICO

1. Los cambios en la estructura demográfica de la población junto a la modificación en el perfil de enfermedad, caracterizado por el predominio de las enfermedades crónicas y el impacto sobre la situación funcional, han generado modificaciones sustanciales en las características de los usuarios de los Sistemas de Salud (OMS, 2015).

2. El paciente contemporáneo se caracteriza por su avanzada edad, la pérdida de reserva funcional, la presencia de múltiples enfermedades crónicas (multimorbilidad) y la tendencia al desarrollo de deterioro funcional como la expresión más comprometida de la misma para la calidad de vida. En él, la función es el principal predictor de muerte y consumo de recursos sanitarios, mientras que la enfermedad (incluyendo la multimorbilidad) ejerce un papel secundario como factor de riesgo. Además, la falta de reserva funcional hace improbable la recuperación funcional una vez que el deterioro se ha establecido, por lo que los cuidados deben orientarse a evitar dicho deterioro funcional más que a revertirlo (Rodríguez Mañas L y cols, 2017).

3. Estos cambios han provocado una modificación en los principales objetivos de los

Sistemas de Salud. La mejora de la calidad de vida, tratar más que curar y los cuidados anticipatorios (preventivos) se han convertido en los pilares de estos nuevos Sistemas, centrados en sus principales destinatarios: los ancianos (Rodríguez Mañas L & Fried LP, 2014).

4. En consecuencia, la adecuada atención a las personas mayores se ha convertido en uno de los principales retos de los Sistemas Sanitarios modernos. Frente a los modelos clásicos, que ignoran estos cambios y se han mostrado ineficientes para abordar estos nuevos retos, la correcta atención a estos pacientes necesita de un diseño específico (Beard J et al., 2016)

5. La provisión de cuidados continuados, coordinados e integrales se han convertido en el paradigma de la atención a estas personas (OMS, 2017). El objetivo final del modelo propuesto es doble: por una parte procurar la mejor calidad de vida y autonomía funcional a los pacientes ancianos atendidos (objetivo individual) en cualquiera de los niveles y por otra hacerlo de la manera más eficiente (objetivo socio-económico) optimizando los procesos de atención y evitando las disfunciones propias de los sistemas tradicionales al superar las barreras que este modelo clásico impone (Primaria vs Especializada; Comunitaria vs. Hospitalaria; Sanitaria vs Social). El instrumento ideal para proveer este tipo de atención es el Servicio de Geriatría que, ubicado en el Hospital de

referencia, dispone a través de sus niveles asistenciales, de los profesionales, las técnicas y los protocolos para aportar directamente y/o coordinar la atención integral a estos pacientes tanto en el Hospital como fuera de él.

6. En ausencia de un Servicio de Geriatría, y mientras éste se incorpora, el dispositivo encargado de la tarea debe respetar los principios que inspiran el modelo de atención arriba mencionado, esto es, que siga los principios de atención integral, continuada y coordinada propugnados por la Organización Mundial de la Salud en sus documentos "Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud" (Octubre, 2015), la "Acción multisectorial para un envejecimiento saludable..." (Abril, 2016) y por la Unión Europea a través de su Programa EIP-AHA y la Joint Action ADVANTAGE, apoyada por 21 Estados Miembros de la Unión Europea, finalizada el 31 de Diciembre de 2019 y coordinado por la Comunidad de Madrid en representación del Ministerio de Sanidad de España (Rodríguez Mañas y cols, 2018). El documento parte de algunas de las "Best Practices" reconocidas por el aval de la DGSANCO de la Comisión Europea, y se basa en recomendaciones de las Entidades Gubernamentales y Profesionales y de las Sociedades Científicas, nacionales e internacionales, relacionadas con la atención sanitaria a las personas mayores, así como en el informe final del antes mencionado programa ADVANTAGE.

7. El Servicio debe articularse en niveles asistenciales, diseñados para la provisión de las cambiantes necesidades de cuidados que precisan los pacientes en cada fase evolutiva, condicionada por su status

funcional, de sus procesos de enfermedad. Esta organización de la provisión de cuidados es la que permite proveer de una atención coherente en todos los momentos de enfermedad a estos pacientes, a los que atiende durante su estancia en Urgencias y durante su ingreso hospitalario, a la vez que puede colaborar con Atención Primaria en la mejor atención a los ancianos en domicilio y con los dispositivos de Primaria y/o los propios de la organización socio-sanitaria en el medio residencial

8. Un requisito para que esta atención sea efectiva y eficiente es la implantación de un modelo de gobierno basado en la coordinación entre todos los niveles de atención sanitaria y social. Los antes mencionados niveles se coordinarán entre sí (Servicios Hospitalarios, Atención Primaria, Servicios Sociales, Residencias) y con otros potenciales dispositivos asistenciales

9. La crisis sanitaria que vivimos causada por el covid-19 ha puesto trágicamente de manifiesto las carencias del modelo de provisión de cuidados hoy vigente en nuestro país. Una crisis que se ha cebado en las personas mayores, que protagonizan 4 de cada cinco muertes y, destacadamente en aquellos más frágiles entre los frágiles: los ancianos ingresados en medio residencial que, según un reciente informe, han sufrido el 50% de toda la mortalidad, llegando en algunas Comunidades Autónomas a representar el 85% de las mismas.

10. Estos pacientes cumplen mayoritariamente los criterios de mal pronóstico de la mayoría de las enfermedades como la que nos ocupa: mala situación funcional (princi-

pal factor pronóstico vital en personas mayores), elevada comorbilidad, escasa o nula reserva funcional y elevada polifarmacia. Si a eso le añadimos un entorno donde el agente patógeno, una vez que ha entrado, encuentra las condiciones óptimas para su dispersión (concentración de personas en espacios reducidos, elevados tiempos de convivencia y contacto, necesidad de cuidados que exigen gran proximidad entre el cuidador y el paciente aumentando el riesgo de contagio, escasez de personal que hace que pocos cuidadores atiendan a muchos pacientes convirtiéndose fácilmente en agentes propagadores inocentes del germen) en un medio escasamente adaptado a las necesidades sanitarias de los residentes (escaso personal, problemas de formación y cualificación, escasos recursos asistenciales, dificultad de acceso a medicación).

11. Esta crisis, que no es la enfermedad a combatir sino el síntoma de los problemas que existen en nuestro sistema de provisión de cuidados a largo plazo (Long-Term Care), del que los cuidados residenciales no son sino una parte (Cuidados Institucionalizados a Largo Plazo) y que se completa con los cuidados a pacientes ancianos en mala situación funcional en sus domicilios, ha puesto en evidencia una serie de carencias que pueden solventarse en un corto plazo, sin que eso suponga que no haya que desarrollar en un segundo tiempo acciones que complementen, afiancen y refuercen el sistema de atención a estos pacientes siguiendo las directrices que propugnan diferentes organizaciones, incluyendo la Unión Europea (Sezgin D y cols. 2020).

12. Este capítulo se centra pues en la mejora o puesta en marcha de un sistema moderno

de provisión de cuidados adaptados a las necesidades de las personas mayores que viven en medio residencial bajo el supuesto de formar parte de un sistema global de cuidados integrales y continuados al paciente mayor en el que, en general, convergen tres características básicas: alta senilidad, alto grado de dependencia funcional y elevada comorbilidad.

13. Este sistema, que ha encontrado su impulso en la actual crisis del covid, debe desarrollarse con afán de permanencia por dos razones básicas. La primera es que, como se afirma previamente, lo que ha hecho el covid-19 es poner de manifiesto las enormes deficiencias del actual modelo asistencial existente (o mejor dicho, inexistente) para estas personas. La segunda es que el modelo, una vez terminada la crisis covid, debiera permanecer, ya que su justificación se fundamenta no en una enfermedad puntual sino en una situación de enfermedad que es muy habitual en un grupo de personas mayores y que permanecerá tras la desaparición del covid-19. Sería un error confundir el síntoma con la enfermedad, actuando como bomberos que apagan un incendio en lugar de como arquitectos que diseñan un edificio habitable durante largo tiempo. Lo que aquí se propone es un modelo con vocación de permanencia que habrá de tener su primer test en el problema puntual de la atención de pacientes con covid en Residencias, pero que pretende sentar las bases contrastadas para aportar la mejor asistencia posible a estas personas.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

Los objetivos propios de un Plan de Atención de Cuidados a largo plazo en pacientes

institucionalizados se pueden a su vez dividir en objetivos generales y en objetivos concretos, que llevan aparejados una serie de actividades.

Los dos objetivos generales en estos pacientes se orientan hacia la cobertura de las necesidades específicas de esta población. Esta atención se debe centrar en proveer la mejor calidad de vida posible, con una especial atención en el manejo sintomático, evitando exploraciones o tratamientos innecesarios o fútiles y procurando su mantenimiento en su medio habitual. Una parte relevante de estos pacientes pueden considerarse pacientes subsidiarios de cuidados paliativos, que de hecho ha tomado muchos de sus abordajes de los criterios que la Medicina Geriátrica ya teorizó hace más de medio siglo.

1. Proveer la mejor calidad de vida posible, teniendo en cuenta que en estos pacientes la posibilidad de aumentar su expectativa de vida es muy reducida. Este objetivo en ningún caso significa que el paciente no pueda beneficiarse de los tratamientos que prolonguen su expectativa de vida siempre que esto sea posible, sino que debe tener el acceso máximo a los tratamientos médicamente indicados y que el paciente o sus representantes legales acepten, tras una cuidadosa evaluación global del paciente.

2. Proveer todos los cuidados necesarios para que esa calidad de vida se mantenga hasta el momento del fallecimiento. Por tanto, el medio Residencial debiera ser capaz de proveer los cuidados centrados en la calidad de vida, una vez que la posibilidad de aumentar la expectativa de vida se hace remota.

Estos dos objetivos principales se pueden desglosar en los siguientes objetivos operativos/actividades.

1. Valoración del residente al ingreso, periódicamente y cada vez que ocurra un evento intercurrente que haya podido modificar la situación funcional/calidad de vida del sujeto. Esta valoración, operativizada mediante las técnicas de la Valoración Geriátrica Integral debiera perseguir los siguientes fines:

- A. Clasificar a los residentes en función de su necesidad de cuidados con objetivos concretos y establecimiento de techo de cuidados de forma individualizada
- B. Revisión de medicación, minimizando el riesgo de iatrogenia
- C. Establecer a priori riesgo y actuación en caso de que se produzcan las situaciones posibles a desarrollar en los residentes (aspiraciones, infección de sondas, episodios de agitación, malnutrición, escaras, caídas)
- D. Esta vía de actuación individualizada debe incluir los criterios de derivación a otros niveles asistenciales
- E. Establecimiento de programas prioritarios: Prevención de caídas, programas de actividad física/ejercicios (a poder ser basado en programa Vivifrail, que precisa de mínima formación, requiere poca instrumentación y está validado en varios entornos), vacunas

2. Uso protocolizado de algunos grupos de fármacos (Neurolépticos, antibióticos, hipnóticos, ansiolíticos, mórnicos) y actuaciones (Atención a últimos días, entre otros). Estos protocolos debieran estar unificados y consensuados entre los profesionales de los servicios sanitarios y de los servicios sociales.

3. Atención al paciente derivado a la Urgencia del Hospital cuando sea trasladado a la misma a fin de establecer la indicación de ingreso hospitalario o el alta a la Residencia una vez hechas las pesquisas diagnósticas precisas, la indicación de tratamiento, o la gestión de medicación intravenosa (primeras y ulteriores dosis) si esta fuera necesaria (según marca el documento "Procedimiento para la dispensación de medicamentos en Residencia de Mayores ...", de la Subdirección Gral de Farmacia de fecha 15 de abril de 2020).

4. En caso de que el paciente ingrese en el Hospital, se deberá coordinar el alta y los cuidados residenciales una vez cumplimentada ésta. Dependiendo de la disponibilidad de geriatras o personal encargado de la actividad de provisión de cuidados continuados y su coordinación asignados al programa, lo ideal sería que estos ingresos fueran también atendidos por el personal del programa. En una primera fase, y hasta que no se tengan datos fehacientes, los pacientes debieran ser atendidos en caso de ingreso por los Geriatras de la Unidad de Agudos o de Ortogeriatría del Hospital correspondiente, o equivalentes asistenciales temporalmente disponibles en ausencia de éstos, dependiendo de dónde haya ingresado. En caso de que hubiera ingresado en otro Servicio del Hospital, el equipo de la Unidad de Continuidad de Cuidados se hará cargo de la coordinación con los otros especialistas que atienden al paciente y de la planificación de su alta a fin de asegurar la correcta atención al enfermo una vez dado de alta del hospital y regresado a su Residencia.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO GENERAL

Provisión del Plan en el medio Hospitalario

Las actividades desarrolladas en el presente Plan quedarían englobadas en la **Unidad de Cuidados Comunitarios (UCC) o Unidad de Cuidados Continuados**, idealmente enmarcada en un Servicio de Geriatría. Su función es **la coordinación y apoyo con los recursos sanitarios y sociales extra-hospitalarios, incluyendo de manera prioritaria a la Atención Primaria (Centros de Salud) y las Residencias** para proveer cuidados continuados a los adultos mayores que viven en la Comunidad. Este nivel asistencial atiende de manera directa (presencial en el domicilio del paciente o en las Residencias) e indirecta (a través de contactos de coordinación con los equipos sanitarios de Centros de Salud o Residencias con el uso de tecnologías, que incluyen desde el teléfono a la videoconferencia) a pacientes con grados de deterioro funcional moderado-grave habitualmente establecido y dificultad marcada para el desplazamiento fuera de su lugar de residencia. Este nivel asistencial es el instrumento fundamental para la continuidad de cuidados entre estructuras hospitalarias, comunitarias y residenciales, tanto sanitarias como sociales, y para su integración, atesorando además un elevado potencial de aprovechamiento de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC). Este Plan debiera además contribuir a disminuir el número de ingresos inadecuados (que ahora suponen hasta un 30-35% de los ingresos de personas mayores, la mayoría de ellos procedentes de Residencias) mediante la optimización protocolizada de las derivaciones y de los criterios de ingreso y la atención presencial a los pacientes en su Residencia y el soporte a su equipo facultativo.

Provisión del Plan en Atención Primaria

Los Centros de Salud y sus correspondientes Equipos de Atención Primaria (incluyendo los servicios Sociales) forman parte esencial del programa, al ser responsables de la atención directa a los ancianos del medio Residencial. Es fundamental que a tal fin se desarrollen protocolos de actuación que permitan homogeneizar la actuación de los tres grandes niveles de actuación sanitaria en estos pacientes: Residencia, Atención Primaria y Hospital. En dicha atención cobra un valor superlativo la comunión de principios de actuación (techo terapéutico, manejo de fármacos, objetivos a seguir...) para evitar interferencias y distorsiones en el abordaje de estos pacientes, que además de resultar potencialmente peligrosas pueden ser fuente de desconcierto en los pacientes y sus familiares.

Beneficiarios del Plan

Todas las Residencias que se encuentren en el área asistencial debieran tener la posibilidad de acceder a este modelo de cuidado.

Programas y Actividades a desarrollar en el Plan

En función de las características de los pacientes, los objetivos planteados y las Residencias a atender los Programas a desarrollar dentro del Plan serían:

- Programa de valoración al ingreso
 - o Escala de Barthel
 - o Índice de Lawton
 - o Clinical Frailty Scale (CFS)
 - o Escala FAC
 - o GDS de Reisberg
 - o Valoración de órganos de los sentidos: audición (test del susurro), visión cercana y lejana (ICOPE, OMS)
 - o MNA-SF

Al finalizar esta valoración se procederá al ajuste de tratamiento y se determinará en cada residente su techo terapéutico, los criterios de derivación del paciente al Hospital, y la indicación de revisión en consulta de especialista hospitalario.

- Programa de adecuación de tratamiento farmacológico. Aplicación de criterios STOP-START.
- Programa de valoración de Situación de Terminalidad. Manejo de Situación de Últimos Días. Voluntades anticipadas. Limitación del esfuerzo terapéutico y control de síntomas.
- Programa protocolizado de manejo de las situaciones más habituales en residencias y su tratamiento:
 - o Delirium, agitación psicomotora, insomnio,
 - o dolor,
 - o estreñimiento,
 - o infección urinaria,
 - o úlceras de decúbito,
 - o caídas
 - o terminalidad y cuidados al final de la vida
 - o fiebre,
 - o disfagia y aspiraciones malnutrición.
- Programa de ejercicio físico en Residencia, inicialmente basado en el programa Vivy-frail.
- Programa de atención al paciente de Residencia en Urgencias del Hospital.
- Programa de Planificación al alta y seguimiento post-alta inmediata, incluyendo

posible Hospitalización domiciliaria en la residencia en caso de alta precoz.

Un ejemplo respecto a la actividad potencial del Servicio hospitalario involucrado en el modelo de atención (idealmente, el servicio de Geriatría) se describe a continuación.

Para la adecuada implantación de estos programas, es necesario la realización de las siguientes **actividades** :

- **Atención presencial en Residencias** (1 vez en semana por Residencia) a fin de o Atención a pacientes recientemente dados de alta del Hospital o Valoración de pacientes clínicamente inestables.

o Colaboración directa en la caracterización de prevención de riesgos, techo terapéutico y opciones de derivación de los residentes recién ingresados o en los que haya habido un cambio significativo en su situación basal.

o Revisión exhaustiva de la medicación en los residentes recién ingresados o en los que haya habido un cambio significativo en su situación basal.

o Prescripción de programas de ejercicio/actividad física en los residentes recién ingresados o en los que haya habido un cambio significativo en su situación basal.

o Asesoramiento en casos de alta precoz desde el Hospital, con la gestión del aporte de la medicación en caso necesario.

Tiempo necesario: 2 horas 30 minutos de media por 120 pacientes de Residencia, incluyendo desplazamiento.

- **Actividades de soporte telefónico para gestión de casos**, incluyendo seguimiento de los pacientes atendidos presencialmente.

Tiempo necesario: 20 minutos de media por Residencia

- **Desarrollo, diseño, implementación, monitorización y actualización de protocolos**

Tiempo necesario: Al principio llevará bastante tiempo, pero una vez consensuados no debería generar un consumo de tiempo mayor de 1 hora/semana

- **Coordinación con los niveles asistenciales del Servicio de Geriatría** (especialmente Unidad de Agudos), mediante Sesiones conjuntas de programación de altas y revisión de los ingresos

- **Preparación del alta de pacientes ingresados**

Tiempo necesario: 60 minutos de media para las dos actividades

- **Atención en Urgencias de pacientes derivados desde residencias**

Tiempo necesario: 60 minutos de media para las dos actividades

- **Coordinación con Trabajadores Sociales**

Tiempo necesario: 1 hora a la semana

Junto a las labores asistenciales la organización de la prestación del Plan según se ha descrito abriría además la posibilidad de una estrecha monitorización de datos que permitan un control de calidad y la detección precoz de modificaciones en las variables trazadoras de la actividad, además de permitir evaluar la efectividad y la eficiencia del Plan en su conjunto y de los diferentes programas que lo integran, así como la utilidad de sus modificaciones e innovaciones. A tal fin se define un grupo de indicadores,

tanto de procedimiento como de resultado, a utilizar a corto plazo:

- Porcentaje de residentes sin antecedentes de haber padecido infección por covid19 con pruebas PCR para covid19 y con seriación quincenal.
- Reducción en el uso inadecuado de fármacos, con especial atención a psicofármacos y derivados opiáceos.
- Porcentaje de fallecimientos que fueron incluidos en el programa de Situación de Terminalidad.
- Porcentaje de residentes con pruebas.
- Reducción de número de derivaciones a otros especialistas y su reducción respecto al histórico de las mismas fechas del año anterior.
- Reducción (porcentaje) de derivaciones inapropiadas a Urgencias, definidas por el cumplimiento de uno de los siguientes criterios, o No ingreso en el hospital.

- No se añaden diagnósticos a los ya conocidos, ni modificaciones en el tratamiento actual.

- Reducción de ingresos inadecuados en el Servicio de Geriatría a raíz de inicio del programa

- Grado de satisfacción del usuario (médico y residente), mediante encuesta.

Finalmente, el Plan contempla actividades de formación de los profesionales de las residencias, lo que redundará en una mejora de la calidad del mismo y, en consecuencia, de la eficiencia de su trabajo. A este respecto se propone la inclusión, en el **programa de formación** del Servicio de Geriatría, de una sesión mensual sobre aspectos de interés para las residencias, invitando al personal de las mismas a participar. Este punto habría de consensuarse con las direcciones de las residencias, que habrían de autorizar la presencia de su personal.

Capítulo 8. Casos de éxito en Comunidades Autónomas

COMUNIDAD DE MADRID

INTRODUCCIÓN

En marzo de 2020, ante la primera ola de la pandemia de COVID-19 en España, en la Comunidad de Madrid las residencias de mayores y otros centros tuvieron que asumir una responsabilidad que superó su capacidad de dotación y preparación.

Por un lado, la estructura de los centros, diseñada para la interacción de los residentes, junto con la necesidad de contacto físico entre los residentes y los trabajadores y, por el otro lado, el desconocimiento sobre los mecanismos de transmisión ocasionaron, sobre todo durante la primera y la segunda ola de la pandemia por COVID-19, una elevada incidencia y mortalidad en los centros residenciales.

La atención a las personas institucionalizadas en estos centros distaba, ya antes de la pandemia, de ser la ideal. En el Informe del Defensor del Pueblo de 2019 se afirmaba que eran necesarias reformas normativas de alto alcance que garantizaran a los mayores el ejercicio de sus derechos y que se prestase una mayor atención presupuestaria, formativa, dotacional e inspectora en los centros residenciales. Se destacaba en ese informe la dispersión normativa sobre los requisitos que deben reunir los centros, la escasez del número de plazas públicas, la necesidad de un aumento presupuestario y de incrementar las cifras de personal y su cualificación. Asimismo, se apuntaba la falta de regulación

de un modelo sociosanitario, con atención médica y de enfermería más amplia.

La crisis ocasionada por la pandemia de COVID-19 puso en evidencia las áreas de mejora de la atención a las personas en situación de fragilidad, discapacidad y dependencia, muchas de ellas personas mayores con grandes necesidades de apoyo y atención. La dimensión y consecuencias de esta situación desbordaron los recursos socio sanitarios.

La Comunidad de Madrid, en un escenario de pandemia y con el objetivo de minimizar la expansión de la enfermedad y proteger a los residentes y al personal que les atiende, priorizó dos líneas de refuerzo y apoyo a los centros, especialmente a las residencias de mayores, con la creación de dos modelos complementarios de atención:

- La Geriatría de Enlace en el entorno hospitalario y
- Las Unidades de Atención a Residencias (UAR)

LA GERIATRÍA DE ENLACE

Una de las líneas que la atención a la pandemia potenció fue mejorar la coordinación de los centros con sus hospitales de referencia. Por ello, el 13 de marzo de 2020, se activó un dispositivo denominado *Geriatría de Enlace*, designando para ello geriatras de referencia en los hospitales.

La Geriátría de Enlace estableció circuitos de comunicación directa, para el seguimiento compartido de los casos, con el personal sanitario de las residencias, los Equipos de Atención Primaria (EAP) de los Centros de Salud y los referentes de Salud Pública del área.

Antes del inicio de la pandemia ya existían sobradas razones para la mejora de la atención especializada geriátrica en las residencias. Ya en 2016 la *British Geriatrics Society* destacaba la necesidad de un abordaje integrado entre los diferentes proveedores, en el que la contribución del geriatra mejoraría la eficacia y la eficiencia. No es suficiente con un enfoque reactivo, es necesario un modelo de atención centrada en la persona, que incluya planes individualizados de cuidados.

Debe tenerse en cuenta que las necesidades de atención sanitaria de los residentes eran elevadas incluso antes de la pandemia. Estudios previos reseñaban que, de media, cada residente mantiene contacto con los servicios sanitarios una vez al mes, si bien estos contactos no siempre tienen la canalización adecuada.

Más allá de las acciones frente a la pandemia por COVID-19 y del papel fundamental que han tenido durante este tiempo dando directrices sobre prevención, detección precoz, aislamiento y sectorización, formación, clasificación de las residencias, coordinación de las derivaciones y papel de los diferentes niveles asistenciales, actualmente los geriatras están dirigiendo su actividad a un nuevo modelo de atención sociosanitaria, donde su actuación se enfocará en otras

áreas actualmente deficitarias, tal como la coordinación, las visitas presenciales en los centros, las sesiones de telemedicina, la valoración geriátrica en los servicios de urgencias y la coordinación con Atención Primaria y Salud Pública.

Por poner un ejemplo de la actuación de estos equipos, en el siguiente cuadro se recogen datos sobre los residentes atendidos en el servicio de Urgencias por la Unidad de Geriátría de Enlace del Hospital La Paz entre el 1 de junio y el 31 de octubre de 2020:

Total de residentes atendidos	566
Edad media	87,8 años
Media de pacientes valorados	5,1 al día
Alta a residencia de pacientes valorados con diagnóstico COVID-19	8 %
Alta a residencia de pacientes valorados con diagnóstico no COVID-19	23 %

Los beneficios de la colaboración de los geriatras en las residencias son, para los propios residentes, mejoras en el manejo de los síndromes geriátricos y sus complicaciones, prevención de eventos agudos como infecciones o broncoaspiraciones, minimización de la progresión clínica de procesos crónicos, reducción de efectos adversos a fármacos mediante la deprescripción de tratamientos innecesarios, mayor autonomía en la toma de decisiones y mejora en la experiencia en situaciones de terminalidad para el paciente y sus familiares.

El objetivo fundamental de estos equipos es evitar la fragmentación de cuidados existente en la actualidad entre hospitales y residencias. En esta línea, en mayo de 2020,

la Consejería de Sanidad reforzó los servicios de geriatría en 19 hospitales públicos, incorporando 53 nuevos geriatras cuya misión es mejorar la atención a las personas mayores institucionalizadas, mediante la coordinación y la continuidad asistencial entre los hospitales, los EAP de los Centros de Salud y las residencias.

LAS UNIDADES DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS (UAR)

La segunda línea hace referencia a la creación de unidades especializadas en Atención Primaria para atender a los pacientes institucionalizados. Los déficits detectados durante la pandemia han hecho que haya una mayor sensibilización del sistema sanitario hacia las necesidades clínicas de las personas mayores institucionalizadas.

El 27 de marzo de 2020 se produjo un punto de inflexión, con la orden publicada en el BOCM para la intervención sanitaria de los centros sociosanitarios. La Gerencia de Atención Primaria elaboró un *Procedimiento de valoración e intervención en residencias socio-sanitarias por parte de los centros de salud en situación de pandemia COVID-19* donde establecía el modelo de coordinación entre los centros residenciales de mayores y de personas con discapacidad, tanto públicos como concertados o privados dependientes de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid y los Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud. Dicho modelo permitió garantizar una atención a las necesidades sanitarias de los residentes, con criterios de calidad, adecuación científico-técnica y seguridad.

Ante la necesidad de dar apoyo a los equipos de Atención Primaria (EAP) de los Centros de Salud para gestionar la asistencia presencial durante la pandemia del SARS-CoV-2, la Gerencia de Atención Primaria puso en marcha un recurso extraordinario denominado Unidades de Atención a Residencias (UAR).

Las UAR son un apoyo indispensable para los profesionales de los Centros de Salud a los que están adscritos los residentes y han sido claves en la coordinación asistencial, que en el caso de la integración entre primaria y hospital ha alcanzado un altísimo nivel.

Con todo ello y tras más de un año de trabajo desde la creación de las UAR, podemos afirmar que conocemos los centros en mayor o menor profundidad, pero más que antes. No sólo estructuralmente, sino que hemos creado un vínculo y una confianza antes inexistentes, lo que ha llevado a generar una demanda para el apoyo en la resolución y agilidad de problemas asistenciales y de gestión. Para muchos de ellos somos su principal interlocutor con el sistema sanitario, junto con la Geriatría de Enlace, especialmente durante la pandemia.

Las UAR se han convertido en un apoyo indispensable para los EAP de los Centros de Salud a los que están adscritos los residentes, reforzando actividades asistenciales; facilitando la gestión de casos compartidos; aumentando la cobertura de los servicios de cartera de Atención Primaria relacionados con la atención al paciente frágil, con deterioro funcional o trastorno neurocognitivo; y la atención a crónicos complejos o a aquellos con necesidades de cuidados paliativos.

Las actividades desarrolladas por las UAR son:

1. Asistencial: actuación directa (presencial o no)
 - Con los residentes
 - Intervenciones con carácter preventivo
 - Actuaciones a nivel clínico asistencial
 - Con el personal
 - Cursos de formación
 - Establecimiento de protocolos
2. De coordinación: entre centros residenciales, Atención Primaria, Salud Pública y el hospital (geriatra de enlace/otras especialidades), que permita agilizar la gestión de los casos complejos.
3. De evaluación y seguimiento: detección de aspectos deficientes a nivel de asistencia sanitaria para poderla reforzar y mejorar posteriormente con actuaciones directas. A modo de ejemplo, cuando en una visita a la residencia por cualquier motivo se detecte alguna deficiencia que deba ser puesta en conocimiento de Inspección de Servicios Sociales, la comunicación se hará a través de la Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria.
4. De evaluación de los distintos indicadores de salud para orientar las actividades preventivas.

OBJETIVOS DEL NUEVO MODELO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Objetivo general:

Mejorar la calidad y seguridad asistencial en los centros, así como el estado de salud, la autonomía y la funcionalidad de los usuarios.

Objetivos específicos:

1. Organizar la atención presencial a la persona institucionalizada.
2. Consolidar las UAR como unidades de atención específica a los centros, reorganizando su estructura según el modelo aplicado.
3. Potenciar la coordinación entre los ámbitos social y sanitario y entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
4. Reducir las hospitalizaciones y el uso de los servicios de urgencias.
5. Mejorar la satisfacción de los residentes y las familias.
6. Fomentar el uso de las tecnologías para mejorar la atención sociosanitaria a los pacientes.
7. Fomentar la investigación y la docencia, promoviendo que estudiantes de enfermería y medicina, MIR y EIR, hagan rotaciones con las UAR y con los geriatras de enlace.
8. Mejorar los resultados de los servicios y/o actividades de Cartera de Servicios Estandarizados relacionados con la población institucionalizada.
9. Reforzar la detección precoz de problemas de seguridad en la atención sociosanitaria (atención y seguimiento de brotes infecto contagiosos como la gripe, el COVID-19 e infecciones por microorganismos multirresistentes).

RESULTADOS OBTENIDOS

Ambos equipos (UAR y Geriátrías de Enlace) han contribuido a minimizar la expansión de la enfermedad COVID-19 en los centros residenciales, difundiendo y aclarando la información de las estrategias y protocolos de las autoridades sanitarias (D.G. de Salud Pública) en materia de prevención, aislamiento, etc. y han garantizado una tasa de inmunidad alta en las residencias participando activamente en la campaña de vacunación de los residentes y personal de los centros sociosanitarios a través de las UAR.

Asimismo, han colaborado activamente en la formación de los trabajadores de los centros residenciales, aclarando consultas fármaco-terapéuticas, consultas sobre cuidados complejos, caídas y prevención y curas de úlceras por presión (UPP)... demostrando que esta actividad integradora mejora sustancialmente la coordinación entre niveles asistenciales.

Por último, pero no menos importante, debemos reseñar que ambos equipos han contribuido a aumentar el conocimiento científico relativo a la enfermedad COVID-19, participando activamente en estudios de investigación como SEROSOS o SEROVAC.

Desde la Comunidad de Madrid creemos que este modelo de coordinación entre Atención Primaria y hospitales, entre las UAR y las Geriátrías de Enlace, junto a Salud Pública, es un modelo de atención de excelencia y calidad que se podría replicar en el resto de las Comunidades Autónomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians*: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60: E1-E25.
2. Bushardt R.L., Massey E.B., Simpson T.W., Ariail J.C., Simpson K.N. *Polypharmacy: misleading, but manageable*. *Clin Interv Aging.* 2008;3(2):383–389.
3. Hernández-Rodríguez MÁ, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C., González-Rubio F., Miguel-García F., Palop-Larrea V. et al. *Evolution of polypharmacy in a Spanish population (2005-2015): A database study*. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2020;29(4):433–443.
4. Clyne W., Blenkinsopp A., Seal R. National Prescribing Centre. University of Plymouth.; 2008. *A guide to Medication Review*. Disponible en: <https://www.cff.org.br/userfiles/52%20-%20CLYNE%20W%20A%20guide%20to%20medication%20review%20,2008>.
5. American Geriatrics Society 2019. *Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults*. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67: 674-694.
6. O'Sullivan D., Byrne S., O'Connor M.N., Gallagher P. *STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2*. *Age and Ageing.* 2015;44(2):213–218.
7. Lavan A., Gallagher P., Parsons C., O'Mahony D. *STOPPfrail (Screening Tool of Older*

Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. Age and Ageing. 2017; 46:600–607.

8. Alldred D.P., Kennedy M.C., Hughes C., Chen T.F., Miller P. *Interventions to optimise prescribing for older people in care homes.* Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016 Issue 2. Art. No.: CD009095.

9. Menéndez Colino R, Merello de Miguel A, Argentina F, Barcons Marqués M, Chaparro Jiménez B, López Hernández P, Jiménez Bueno S, Montero Vega MD, García Rodríguez J, Ferrer Simo B, Navarro Fernández MÁ, Rincón Del Toro T, Alarcón Alarcón T, Martínez Peromingo FJ, González-Montalvo JI. *Evolution of COVID-19 at nursing homes from the second wave to vaccination. Description of a coordination program between Primary Care, Geriatrics and Public Health.* Rev Esp Salud Publica. 2021 May 11;95: e202105071. PMID: 33973566 Spanish.

10. Menéndez-Colino R, Argentina F, de Miguel AM, Barcons Marqués M, Chaparro Jiménez B, Figueroa Poblete C, Alarcón T, Martínez Peromingo FJ, González-Montalvo JI. *Liaison geriatrics with nursing homes in COVID time. A new coordination model arrived to stay.* Rev Esp Geriatr Gerontol. 2021 May-Jun;56(3):157-165. doi: 10.1016/j.regg.2021.01.002. Epub 2021 Jan 13. PMID: 33642134.

11. Mateos-Nozal J, Pérez-Panizo N, Zárate-Sáez CM, Vaquero-Pinto MN, Roldán-Plaza C, Mejía Ramírez-Arellano MV, Sánchez García E, Garza-Martínez AJ, Cruz-Jentoft AJ. *Proactive Geriatric Comanagement of Nursing Home Patients by a New Hospital-Based*

Liaison Geriatric Unit: A New Model for the Future. J Am Med Dir Assoc. 2022 Feb;23(2):308-310. doi: 10.1016/j.jamda.2021.12.006. Epub 2021 Dec 24. PMID: 34958745.

12. García-Cabrera L, Pérez-Abascal N, Montero-Erasquín B, Rexach Cano L, Mateos-Nozal J, Cruz-Jentoft A. *Characteristics, hospital referrals and 60-day mortality of older patients living in nursing homes with COVID-19 assessed by a liaison geriatric team during the first wave: a research article.* BMC Geriatr. 2021 Oct 29;21(1):610. doi: 10.1186/s12877-021-02565-4. PMID: 34715807.

13. Mateos-Nozal J, Galán Montemayor JC, Lores Torres S, Barreiro P, Paños Zamora A, Martín Martínez F, García Castelo D, Grandez Torres S, Rodríguez-Domínguez M, Martínez Peromingo FJ, Cruz-Jentoft AJ. *SARS-CoV-2 B.1.1.7 Variant Outbreak in a Fully Vaccinated Nursing Home-Madrid, June 2021.* J Am Med Dir Assoc. 2021 Nov;22(11):2266-2268. doi: 10.1016/j.jamda.2021.08.032. Epub 2021 Sep 4. PMID: 34555339.

14. Gangoso Feroso A, C Herrero Domínguez-Berrueta M, Pipaon MRP, Dahl AB, Basagoiti Carreño B, Alcántara AD. *Multidisciplinary revision of treatment in nursing home patients in COVID-19 context.* J Healthc Qual Res. 2022 Jan-Feb;37(1):34-43. doi: 10.1016/j.jhqr.2021.07.002. Epub 2021 Jul 21. PMID: 34417158.

COMUNIDAD DE CASTILLA LA MANCHA

LA FUNDACIÓN SOCIO SANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA, UN MODELO DE ÉXITO.

La Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM) nace como una Fundación perteneciente al Sector Público Regional y fue creada en el año 2001 por el Gobierno de Castilla-La Mancha.

1. La misión que viene recogida en sus estatutos es la siguiente:

La prevención, la rehabilitación y el apoyo social y laboral de las personas que padecen trastornos mentales u otras enfermedades de larga evolución y/o en riesgo de exclusión social.

No obstante podemos considerar que en un primer momento la finalidad, era la de contribuir al proceso de desinstitucionalización que había dado comienzo en los años 80 /90 y que estaba por desarrollar en la Región. En el desarrollo de ese proceso cobraba vital importancia la configuración de una **red complementaria a la sanitaria**, en concreto la denominada red de rehabilitación psicosocial. Haber optado por un modelo basado en la creación de una Fundación del sector público, se puede considerar el primer gran acierto en la estrategia, dado que a través de esta se iba a dotar de coherencia al modelo, globalidad y homogeneidad en el diseño, en todo el territorio.

2. Los destinatarios. El primer colectivo diana de la Fundación fue el de personas que presentaban trastorno mental grave.

Pero poco a poco se han ido incorporando otros como el de personas con problemas de adicción a sustancias que requieren de estancia en Comunidades Terapéuticas, menores cuyos problemas de conducta han desbordado la capacidad de en su propio contexto, personas adultas que precisan de apoyo a su capacidad jurídica, personas en situación / riesgo de exclusión que precisan de alojamiento y apoyos, personas privadas de libertad en los Centros Penitenciarios de la región que requieren de una intervención en el ámbito de las adicciones.

3. El modelo de gestión

3.1 El órgano de gobierno de la Fundación lo constituye el Patronato siendo patronos: la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, el servicio de salud (SESCAM), el Instituto de la Mujer y la Federación Salud Mental de Castilla-La Mancha. Ejerce como presidente el Consejero de Sanidad.

3.2 La financiación. La Fundación se nutre a través de los ingresos procedentes de los Patronos de la Fundación, que se materializan mediante Resoluciones de Transferencias Nominativas de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Bienestar Social, así como de otros ingresos como convenios de colaboración, las cuotas de usuarios de los recursos residenciales y los ingresos por mecenazgo. Se trata por tanto de un modelo que permite aglutinar fondos desde el ámbito competencial de los servicios sociales y de los servicios sanitarios.

3.3 Recursos y dispositivos. Para proveer la

atención profesionalizada así como los apoyos necesarios a todas esas personas, se encuentran bajo el paraguas de la Fundación, un total de 70 dispositivos/programas. El modelo de gestión de estos dispositivos es mixto, siendo parte de ellos dispositivos de gestión directa y otros, indirecta, bien a través de la iniciativa social, bien a través de entidades prestadoras de los servicios contratados. Este modelo permite que la gestión se despliegue en base a unos criterios comunes, que son exigidos para toda entidad prestadora de servicios y que se traducen en términos de calidad de la asistencia, cartera de servicios, composición de equipos profesionales, etc...

4. Las sinergias como éxito de gestión. En la propia constitución del Patronato de la Fundación se vislumbra la comprensión holística de las necesidades que van a presentar las personas y colectivos que se atienden. Dichas necesidades se interpretan desde un enfoque biopsicosocial y con perspectiva de género. Asimismo esta composición, ha permitido el diseño de los planos de un puente, que va a servir para establecer el tránsito entre diferentes organismos: Consejerías, Direcciones Generales y movimientos sociales (representados estos por la Federación Salud Mental de Castilla-La Mancha). Consideramos que esta composición es otro de los aciertos, dado que establece las líneas matrices que han sentado las bases para el trabajo coordinado que ha de guiar este espacio y que de manera experiencial se ha traducido en un modelo sociosanitario sinérgico que viene ofreciendo muchas posibilidades de éxito en la gestión, entre las

que destacan por ejemplo las siguientes:

- o Espacio de coordinación entre el SESCAM, las Consejerías y la Fundación, que ha servido para la planificación normativa a través de los sucesivos planes de salud mental, para la definición normativa de los propios dispositivos, el establecimiento de los procesos asistenciales, la coordinación técnica, la valoración de casos, etc...
- o Espacio de coordinación y encuentro entre las Consejerías de Sanidad y Bienestar social para la implantación y el mantenimiento de plazas residenciales, atención a personas con necesidad de apoyos a la capacidad jurídica, etc...
- o Espacio de encuentro entre la iniciativa social y la administración, a fin de poder dar voz a usuarios y familiares, en la identificación de las necesidades así como en la propuesta de solventarlas. Colaboración a través de las convocatorias de subvención para el mantenimiento y desarrollo de programas de atención de todo tipo, etc...

Todo ello se traduce en que la Fundación se ha constituido como un vehículo que ha permitido el establecimiento de una homogeneidad funcional y organizativa en todos los servicios que se prestan a través de ella, lo cual en sí constituye el mayor de los éxitos.

5. La cultura de la organización. La Fundación viene trabajando ampliamente en el

desarrollo de una cultura organizacional que vertebré internamente a la misma y a su vez la trascienda hacia todos los agentes vinculados en la gestión y en la planificación. Dicha cultura se sustenta en un compendio de valores y creencias, compartidas con la administración regional, acerca del qué, cómo y para qué, de la atención prestada a los ciudadanos. Todo ello además, en pro de ir generando identidad y sentimiento de pertenencia en los equipos de trabajo vinculados a la entidad.

Dicha identidad se sostiene en aspectos como: marcos teóricos de comprensión comunes, formación de los trabajadores en buenas prácticas, diseño e implantación de procedimientos y procesos asistenciales,

criterios mínimos para el desempeño del trabajo y los aspectos más esenciales en la atención al ciudadano como son el modelo de atención basado en los derechos humanos, en las fortalezas, las capacidades y los deseos de las personas y prestado en el contexto comunitario de la persona.

La finalidad de todo ello es que la cultura organizacional sea coherente con las líneas estratégicas regionales y que a su vez permita a las personas vinculadas identificarse con lo que desde ella se transmite.

Fdo.: Susana García-Heras Delgado
Directora de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha

COMUNIDAD DE ANDALUCÍA

INTRODUCCIÓN

En España hay más de dos millones de personas en situación de dependencia(1) aunque si nos ceñimos a los que sólo son dependientes en las actividades de la vida diaria (AVD), la cifra es de 800.000, de los cuales la gran mayoría son mayores de 80 años y con enfermedades crónicas.

El cuidado de esta dependencia, en su mayor parte, más de un 80% aún hoy, depende del apoyo informal de la familia y la sociedad civil sin más costes que los de oportunidad que le representa (trabajo, ocio, etc.). Pero el modelo familiar que ha permitido esta situación está cambiando, y el equilibrio entre los cuidados formales y los informales puede romperse por los cambios en la estructura familiar y porque el envejecimiento de la población puede seguir aumentando (2)

Las tendencias en política social a priorizar los cuidados a las personas en la Comunidad y la preferencia de las personas mayores a ser cuidadas en su domicilio, exigirán a la atención domiciliaria del futuro altas cotas de excelencia.

Las residencias son un recurso alternativo al que debe acudir cuando no pueda darse respuesta a la demanda que la persona mayor plantea: “vivir en casa” y “en casa mientras sea posible, en la residencia cuando sea necesario”.

La Base Poblacional de Salud (BPS) ha identificado hasta junio de 2020, 32.361 personas que viven en residencias de personas mayo-

res (72% del total), con gran diferencia por sexo (62% mujeres) y edad (media de 80 años en mujeres y 69 años en hombres). Según datos recientes de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación (CIPSC), en Andalucía existen 641 centros residenciales para personas mayores, con capacidad para 44.087 residentes. Tienen profesionales médicos 245 (38%), de geriatría 22 (3%) y de enfermería 507 (79%). Una aproximación al número de trabajadores auxiliares, se obtiene del número de test rápidos realizados a estas personas durante la pandemia, que asciende a 33.595.

Actualmente, los centros residenciales de personas mayores tienen asignado un Equipo de Atención Primaria (EAP) y Enfermeras Gestoras de Caso (EGC) de referencia. Los Centros de Salud intentan aplicar la asistencia en las residencias equiparándola a la dispensación de la cartera de servicios de la población general, obviando la existencia de sanitarios en muchas de las instituciones. Con variantes propias de la diversidad de prácticas profesionales que conviven en nuestro sistema, el ciclo suele consistir en que las residencias demandan, a través de la consulta médica de Atención Primaria (AP), fármacos, derivaciones a especialidades hospitalarias, material básico de cuidados y servicios enfermeros especializados. Estas demandas generan sobrecarga a la consulta médica, que se maximizan si se tiene en cuenta que dichas peticiones corresponden a múltiples pacientes que, generalmente, el médico prescriptor no conoce de manera directa.

El modelo de Unidad de Residencias de Málaga, surgió para garantizar la calidad y la

continuidad de la atención entre el espacio clínico y social. Existe un perfil profesional que ha probado su eficacia en lograr maximizar la coordinación y la continuidad asistencial. El Consejo Internacional de Enfermería define la enfermera de práctica avanzada (EPA) como una enfermera graduada universitaria que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades complejas de toma de decisiones y competencia clínica para expandir su práctica, cuyas características están configuradas por el contexto y/o el país en el que está acreditada para ejercer y a la que se le exige una formación universitaria de segundo o tercer ciclo (3). Se han desarrollado modelos de EPA en muchos campos, que van desde la atención a pacientes hospitalizados agudos (4), a la atención a la demanda aguda en Atención Primaria(5)(6) o en Urgencias Hospitalarias (7), con resultados en general bastante notables en términos de efectividad. Uno de los campos donde se ha desarrollado ampliamente la EPA es en la atención a la población mayor (8). Las enfermeras de práctica avanzada, integradas en los equipos interdisciplinarios de salud, mejoran la salud y el bienestar, reducen los costes y mejoran la calidad de vida(9). El seguimiento proactivo y las llamadas telefónicas estructuradas por este tipo de enfermeras consiguen la participación activa y disminución de reingresos en programas de rehabilitación cardíaca (10)(11), incluso si ésta se realiza en el domicilio(12), así como en insuficiencia cardíaca (13)(14). Igualmente, la EPA ha mostrado efectos positivos en la salud mental de ancianos en la Comunidad (15), incluso aquellos que tienen demencias severas(16) o, más difícil aún, en la utilización de servicios de salud para problemas

agudos y la calidad de vida de ancianos con bajo nivel de ingresos(17).

MARCO CONCEPTUAL

Un 15% de los cerca de ocho millones y medio de habitantes de Andalucía son personas mayores de 65 años, 57% mujeres, 25% tiene más de 80 años y un 26% de los mayores de 75 años viven solos. Un 9,58% de la población andaluza tiene alguna discapacidad y cerca de 200 mil personas reciben alguna prestación por dependencia. Las enfermedades crónicas y la pluripatología siguen en aumento, de forma que un 46% de la población andaluza tiene al menos una enfermedad crónica, proporción que aumenta al 69% en el grupo de 75 años y más.

Existe un mix entre estas personas en las que cronicidad-dependencia se realimentan de modo que sólo es posible obtener los mejores resultados cuando las intervenciones sociales y sanitarias confluyen de una forma decidida en unos cuidados coordinados.

Kesby(18)ha trazado un marco conceptual que representa con bastante acierto los distintos estadios que se dan en el camino hacia la continuidad de cuidados. Así, habría un primer nivel que ella denomina cuidados paralelos, en los que dos o más servicios proveen cuidados a un mismo paciente, pero, cada uno posee objetivos diferentes y, por tanto, la continuidad es bastante fluctuante. En un nivel superior, se encontrarían los cuidados coordinados, en los que distintos servicios o unidades que habitualmente tienen objetivos distintos se armonizan para asegurar la continuidad en un proceso determinado, generalmente mate-

realizado en una vía clínica o algún protocolo inter-servicios. A continuación, figurarían los cuidados integrados, como un estadio en el que los servicios y entornos se vinculan permanentemente para garantizar la continuidad, se provee un paquete de servicios único, destinado a la persona que los precisa y se mantienen en el tiempo, con objetivos comunes permanentes. Introduce Kesby un último escalafón, por encima de los cuidados integrados que correspondería a la continuidad de cuidados en su máxima expresión añadiendo el consenso y la toma de decisiones compartidas con cuidadores informales, familiares y pacientes.

El proyecto de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para 2022 apuesta por un modelo de **coordinación** entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. La Consejería ha decidido consolidar en el territorio Andaluz algunas áreas de trabajo probadas con éxito por la "Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce" como son a) la implantación de **guías**: "Mención especial del premio Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía por la "Estrategia de mejora de la efectividad en el Distrito Sanitario de Málaga mediante la implantación de guías de práctica clínica" en la 2ª Edición de los Premios Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Sevilla, a 18 de Octubre de 2006, b) el trabajo realizado para el uso racional del **medicamento**: "Implementación de la guía de uso adecuado de medicamentos en ancianos institucionalizados distrito sanitario Málaga" XIV Congreso Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), celebrado en Málaga del día 26 al 28 de octubre de 2011, c) el seguimiento de la cronicidad compleja:

"Premio OAT por la implementación de la Vía Clínica de Insuficiencia Cardíaca en 2018" , d) el trabajo en **seguridad** clínica: "premio a la implementación de prácticas seguras en Seguridad del Paciente 2019 que ha otorgado el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social por la implementación de un Protocolo de actuación para la prevención de transmisión de microorganismos multirresistentes en centros sociosanitarios" y e) siempre velando por la vocación **interdisciplinar**. "Premio OAT al mejor proyecto interdisciplinar en 2018".

Durante la Pandemia, la Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce, se ha centrado en la vigilancia proactiva de los residentes, procurar el aislamiento de los mismos cuando se produzca una infección por SARS-CoV-2, trasladar a aquellos residentes que por la estructura del centro no era posible aislar en el mismo. Para ello, se creó un listado de verificación de 12 ítems, relativos al conocimiento y cumplimiento de las normas de prevención, autoprotección, aislamiento y circuitos de la residencia. Este listado de verificación, ha sido aplicado por enfermeras gestoras de casos y enfermeras comunitarias, y ha sido un elemento diferenciador en el contacto con los centros residenciales, su control y su protección. El análisis del listado de verificación, ha permitido realizar una instantánea del estado diario/semanal de los centros residenciales de la provincia. Los resultados analizados comprenden un período temporal que va desde el 27 de marzo hasta el 22 de julio de 2020.

Durante este período, en Andalucía se produjeron un total de 2,274 infecciones

por virus SARS-CoV-2 en residentes, confirmadas mediante prueba de PCR o serología, con una incidencia acumulada global del 9.8% sobre la población residente (IC95%:7.3% a 12.4%), una mortalidad del 2.0% sobre población institucionalizada (IC95%: 1.3 a 2.7%) y una tasa de letalidad del 20.3%. En Málaga, estas cifras arrojaron una incidencia de COVID19 en población residente del 8.2%, una mortalidad del 1.3% y una letalidad del 15.4%, obteniéndose una ratio de mortalidad de 0.64 con respecto a la mortalidad global de Andalucía y una ratio de letalidad de 0.76 con respecto a la letalidad global de Andalucía. Esta práctica nos valió el Premio a las innovaciones trasladadas a la práctica clínica del Instituto de Investigación Biomédica de Málaga en 2020.

En definitiva, velamos por la continuidad según lo indiquen el nivel de complejidad de las necesidades. El simple proceso de valoración, se ha revelado como uno de los mayores factores de promoción de continuidad(18), por ello estamos convencidos que la incorporación de herramientas y espacio para la valoración compartida favorezca la continuidad.

La Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga Guadalhorce

La Unidad de Residencias del DS Málaga se diseñó en el 2000 sobre la base de un sistema de gestión de casos y práctica enfermera avanzada. Esto significa que la Unidad de Residencias no presta necesariamente atención directa a los pacientes pero si vela porque ésta se desarrolle siguiendo las vías más eficaces en el marco del Servicio Andaluz de Salud. La Unidad de Residencias **“mueve la maquinaria” del sistema públi-**

co en torno al paciente residencial.

- ✓**Es una Unidad a triple cliente: el anciano, el gestor de geriátricos y los centros de salud.**
- ✓**Está guiada por enfermeras que hacen gestión de caso y práctica avanzada.**
- ✓**Disponen de apoyo médico referente.**
- ✓**Disponen de apoyo administrativo.**
- ✓**Disponen de apoyo farmacéutico referente.**

MISIÓN

La UGC proporciona cuidados basados en la evidencia científica y en el análisis del contexto sanitario y social, con el objetivo final de promover que la atención se haga de acuerdo con criterios de eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia pero siempre apoyándose en las decisiones informadas del paciente como elemento guía de sus actuaciones en los diferentes niveles del sistema sanitario y social.

La UGC, además, tiene entre sus funciones primordiales la evaluación, la planificación y la coordinación de los casos individuales en el ámbito de los centros, servicios y establecimientos sanitarios que se relacionan con el Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce y los Hospitales Regional y Virgen de la Victoria de Málaga, tanto los vinculados a la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales como los que perteneciendo a otros organismos o entidades deban prestar atención a los usuarios de la UGC.

LA VISIÓN

La UGC quiere consolidarse como un impulsor clave y relevante en la provisión de cuidados integrales y en la generación de

continuidad que pueda ser percibida por los usuarios y profesionales de la UGC sobre la base de la información, el conocimiento compartido, la multidisciplinariedad, y la utilización de recursos tecnológicos que permitan maximizar la comunicación orientada a mejorar la prevención de las enfermedades, la salud y la calidad de vida de esta población.

LOS VALORES

La UGC incorpora en su quehacer diario no sólo la rigurosidad y la calidad sino también otros valores como la ética del cuidado, el trabajo en equipo, una voluntad de servicio dual para con el sistema social y sanitario, los ciudadanos y el ánimo de cooperación con la sociedad científica.

OBJETIVOS

- Determinar la población clínica y social susceptible de gestión de casos (vértice de la pirámide de Kaiser).
- Potenciar la sinergia y eficiencia interniveles.
- Lograr un abordaje coordinado social y sanitario.
- Fomentar el uso de herramientas de valoración y seguimiento compartidas.
- Establecer Planes de cuidados con objetivos comunes en ACUERDO con el sistema social y el sanitario en beneficio de las personas institucionalizadas.
- Garantizar la percepción de Continuidad del ciudadano.
- Lograr la percepción de Continuidad del profesional.
- Disminuir ingresos hospitalarios.
- Promover y velar por la seguridad clínica de los usuarios.
- Incrementar calidad de vida.
- Propiciar actuaciones coordinadas con ONGs.
- Evitar duplicidades en la atención.
- Organizar la atención en agenda del paciente.
- Implementar programas de formación orientados a competencias.
- Generar conocimiento.
- Garantizar la continuidad y calidad de los cuidados transicionales.

QUÉ APORTA AL CIUDADANO LA UNIDAD DE RESIDENCIAS

- ✓ Se encarga de realizar y/o promover la valoración integral del paciente.
- ✓ Gestiona las necesidades que se derivan de la misma.
- ✓ Coordina los servicios sanitarios de las diferentes entidades públicas y privadas en torno al residente.
- ✓ Asesora en la organización de las instituciones para optimizar la coordinación en torno al residente.
- ✓ Centraliza la gestión de los recursos que dependen del SSPA.
- ✓ Promueve la coordinación entre las Inspecciones de Bienestar e Igualdad Social y las Inspecciones de las Delegaciones de Salud orientándolas hacia la mejora de los servicios que se prestan al residente y que tienen repercusión en su salud.
- ✓ Usa las TIC como facilitador de accesibilidad a la institución y al paciente.
- ✓ Promueve acuerdos con instituciones internas y externas (servicios, instituciones, Universidad).
- ✓ Ofrece formación interna y externa.

QUÉ APORTA AL SSPA LA UNIDAD DE RESIDENCIAS

- ✓ Gestiona los recursos ajenos al SSPA para que sean congruentes con las políticas de la Consejería de Salud.
 - ✓ Promueve un espacio “quit pro quo” de colaboración generando un ambiente de colaboración intersectorial pública-privada en beneficio de los residentes basado en el liderazgo y en la eficiencia.
 - ✓ Elabora, publica y acredita GPC y protocolos de comunicación que se implantan en el ámbito sociosanitario.
 - ✓ Adapta la implementación de los procesos a las condiciones particulares de estos usuarios.
 - ✓ Coordina y disminuye la demanda de las instituciones residenciales a los centros de salud.
 - ✓ Probablemente disminuye la demanda de los hospitales (no se ha podido medir).
 - ✓ **Optimiza la farmacia.**
 - ✓ **Investigación.**
1. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Avance de Resultados. Datos Básicos [Internet]. Subdirección General de Difusión Estadística INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA; 1999. Available from: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/discapa/disctodo.pdf>
 2. Plubins MC, Mozo RSS. Espacio sociosanitario. *Rehabil Rev Soc Esp Rehabil Med Física*. 2004;38(6):268-.
 3. International Council of Nursing. *Advanced practice nursing: a global perspective*. Adelaide, South Australia, 2002. Disponible en: <http://www.icn.ch/Adelai> de.htm.
 4. Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, Ward CR, et al. The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *J Nurs Adm*. 2006 Feb;36(2):79–85.
 5. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002 Apr 6;324(7341):819–23.
 6. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2005;(2):CD001271.
 7. Carter AJE, Chochinov AH. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Cjem*. 2007 Jul;9(4):286–95.
 8. Drennan V, Goodman C. Nurse-led case management for older people with long-term conditions. *Br J Community Nurs*. 2004 Dec;9(12):527–33.
 9. Boulton C, Boulton LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL, Urdangarin CF. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Apr;49(4):351–9.
 10. Carroll DL, Rankin SH, Cooper BA. The effects of a collaborative peer advisor/advanced practice nurse intervention: cardiac rehabilitation participation and rehospitalization in older adults after a cardiac event. *J Cardiovasc Nurs*. 2007 Jul;22(4):313–9.
 11. Carroll DL, Rankin SH. Comparing interventions in older unpartnered adults after myocardial infarction. *Eur J Cardio-*

- vasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol. 2006 Mar;5(1):83–9.
12. Jolly K, Taylor R, Lip GY, Greenfield S, Raftery J, Mant J, et al. The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study (BRUM). Home-based compared with hospital-based cardiac rehabilitation in a multi-ethnic population: cost-effectiveness and patient adherence. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2007 Sep;11(35):1–118.
 13. McCauley KM, Bixby MB, Naylor MD. Advanced practice nurse strategies to improve outcomes and reduce cost in elders with heart failure. *Dis Manag DM*. 2006 Oct;9(5):302–10.
 14. Morales-Asencio JM, Sarria-Santamera A. Modelos alternativos de atención para pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática. *Rev Cal Asist*. 2006;21(1):51–9.
 15. Thompson P, Lang L, Annells M. A systematic review of the effectiveness of in-home community nurse led interventions for the mental health of older persons. [Internet]. *Journal of Clinical Nursing*. 2008. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc6&NEWS=N&AN=2008-06290-004>
 16. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc*. 2006 May 10;295(18):2148–57.
 17. Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, et al. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc*. 2007 Dec 12;298(22):2623–33.
 18. Kesby SG. Nursing care and collaborative practice. *J Clin Nurs*. 2002 May;11(3):357–66.





E & S

**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**