

## Observatorio de Modelos Integrados en Salud

### Buenas prácticas en coordinación socio sanitaria

#### Estructuras de Coordinación Socio sanitaria en Castilla y León; La Comisión de Coordinación Socio sanitaria de Salamanca

Surgidas del primer Plan de Atención Socio sanitaria de 1998 nacen las Comisiones de Coordinación Socio sanitaria, integradas por profesionales de atención especializada, atención primaria, servicios sociales y corporaciones locales. La función de estas comisiones es la de constituir y supervisar los equipos de coordinación de base (ECB) y establecer protocolos con el fin de mejorar la atención socio sanitaria.

**Tema:** Exclusión Social

**Categorías:** Cambios organizativos y Procesos de gestión (circuitos y protocolos)

**Organización:** Diputación Provincial de Salamanca

**Lugar:** Salamanca, Castilla y León (España).

**Fecha de inicio:** 2002

**Esta práctica continua activa Si**

# Resumen ejecutivo

## 1. Estructuras: origen, funciones y evolución

El **I Plan de Atención Sociosanitaria** de Castilla y León fue aprobado por Decreto 16/1998, de 29 de enero. Sin embargo, fue el Decreto 74/2000 el que crea y regula las estructuras de coordinación sociosanitarias, estableciendo el ámbito territorial de actuación y sus funciones:

- **Consejo de Dirección del Plan Sociosanitario** (ámbito autonómico): Su responsabilidad es el impulso, seguimiento y evaluación del Plan de Atención Sociosanitaria.
- **Comisión de Dirección del Área Sociosanitaria del Plan** (ámbito provincial): Su responsabilidad es coordinar actuaciones sanitarias y sociales vinculadas a los objetivos de planificación sociosanitaria en su provincia. Desde su creación ha celebrado cuatro reuniones entre los años 2004- 2010.
- **Comisiones de Coordinación Sociosanitaria (CSS)** (área de salud): sus funciones están estipuladas como sigue:
  1. Conocer los recursos, así como los servicios sanitarios y sociales y los procedimientos asistenciales de su demarcación geográfica.
  2. Resolver los problemas de atención social y/o sanitaria que surjan en el contexto de la atención sociosanitaria en el Área de Salud.
  3. Constituir los Equipos de Coordinación de Base, analizar su organización, y proponer modificaciones tanto en su número como en su composición si se considerase necesario, para su posterior aprobación por el Equipo Técnico (constituidos por la CSS según Decreto 49/2003).
  4. Supervisar periódicamente los ECB: seguimiento de su actividad, apoyo y asesoramiento, difusión de la información, etc.
  5. Establecer los protocolos y procedimientos necesarios para una adecuada coordinación que tenga como fin la mejora de la atención sociosanitaria.
  6. Detectar necesidades de formación y proponer acciones formativas dirigidas a los profesionales que integran los ECB y la Comisión.
  7. Proponer líneas de investigación en relación con la atención sociosanitaria.
  8. Analizar y evaluar la actividad sociosanitaria y elaborar una memoria anual.

Ateniéndose a la demarcación territorial establecida (área de salud), se implantó una CSS por área de salud / provincia, (excepto León y Valladolid, que por tener dos áreas de salud, les correspondía dos Comisiones de Coordinación Sociosanitaria). Esta estructura (junto con los Equipos de Coordinación de Base, que se mencionan después) es la que ha mantenido un funcionamiento más regular, celebrando generalmente una reunión con periodicidad mensual o bimensual. Las CSS están integradas por profesionales de atención especializada, atención primaria, servicios sociales y corporaciones locales, por tanto son profesionales técnicos y de gestión.

Posteriormente, el **II Plan Sociosanitario**, aprobado por Decreto 59/2003, impulsó el desarrollo de las funciones de estas comisiones. Y, en abril de 2003, el Decreto 49 amplió las estructuras de coordinación sociosanitaria, creando los Equipos de Coordinación de Base (ECBs), y regulando su demarcación territorial y funciones.

Es por esto que, en el año 2004, la CSS de Salamanca tuvo como función prioritaria la organización, creación y **puesta en funcionamiento de los ECBs** de la provincia.

El ámbito territorial de actuación de los ECBs es la zona básica de salud y/o la zona básica de acción social, y, según establece el Decreto, tenían que estar integrados por, al menos, un profesional de cada Centro de Acción Social del ámbito territorial de actuación; un profesional sanitario de cada Equipo de Atención Primaria del ámbito territorial de actuación, y trabajadores/as sociales de los Equipos de Atención Primaria, uniéndose a éstos otros profesionales de atención primaria de salud o de servicios especializados, según el caso a trabajar.

A finales de 2005, **en la provincia de Salamanca, estaban creados 21 equipos** con la siguiente composición: un **profesional sanitario del centro de salud** (por lo general, de enfermería), **trabajadora social de atención primaria, los/as dos profesionales de trabajo social del Centro de Acción Social de la zona y el/la animador comunitario del mismo Centro de Acción Social** (CEAS). Estos profesionales fueron previamente designados por las Gerencias de Atención Primaria y Especializada así como por las Corporaciones locales.

Su misión es la gestión de los casos de personas con problemáticas sociales y sanitarias simultáneas y que necesitan la intervención conjunta de los profesionales del sistema de salud y de servicios sociales, para resolver o mejorar su situación. En consecuencia, y por ser los profesionales más cercanos a las personas/usuarios/pacientes, sus funciones son la detección de los casos, la valoración multidisciplinar (puesto que intervienen profesionales de la medicina, enfermería y trabajo social), la preparación del plan de intervención conjunto, y el seguimiento y cierre del caso.

Para ello mantienen reuniones mensuales o bimensuales, de aproximadamente dos horas de duración, y que, generalmente, se celebran en el Centro de Salud. Su metodología de trabajo es la gestión por procesos y su "herramienta" es la "Guía para la Gestión Compartida de Casos de Coordinación Sociosanitaria", originalmente en papel, pero luego integrada en el sistema de información GASS, que desde el año 2014 está ya integrado en el sistema de información de Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria de Castilla y León (Medora 4).

A finales de 2014, en la Comunidad de Castilla y León teníamos 10 Comisiones de Coordinación Sociosanitaria y 192 Equipos de Coordinación de Base.

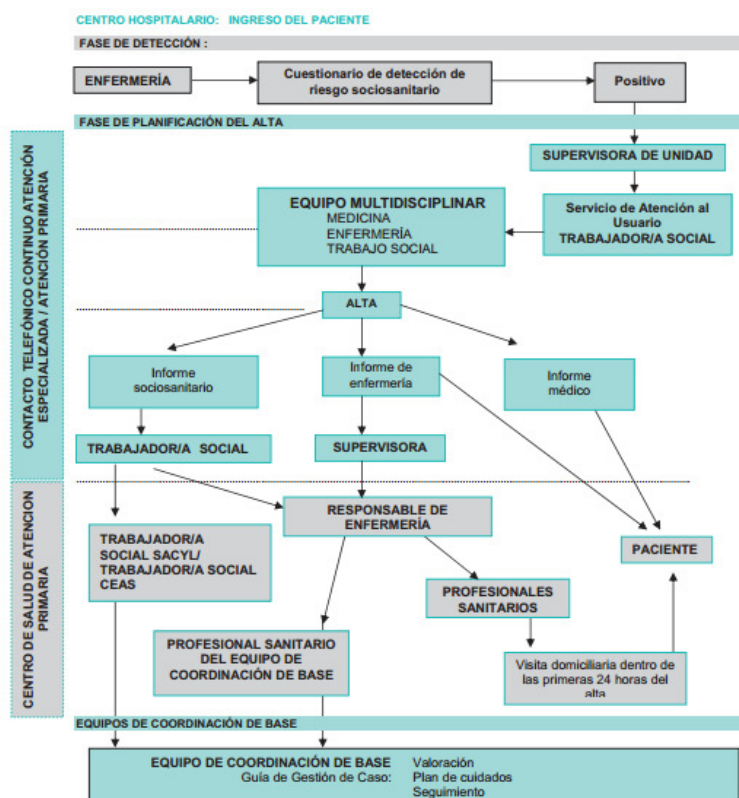
## 2. La Comisión de Coordinación Sociosanitaria de Salamanca

La CCS del Área de Salud de Salamanca empezó a funcionar en el año 2002. La presidencia de la CCS la ejerce Mercedes Martínez, funcionalmente dependiente de la Diputación Provincial de Salamanca. La componen además otros 11 miembros: 1 representante por el Servicio Territorial de Sanidad, que ejerce la función de Secretario de la Comisión; 3 por la Gerencia de Atención Especializada; 2 por la Gerencia de Atención Primaria; 4 miembros de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales; y 1 en representación del Ayuntamiento de Salamanca.

Fruto visible del trabajo compartido durante estos años, ha sido la elaboración de dos protocolos, implementados en el año 2009:

1. Protocolo de valoración global de pacientes dirigido a detectar el riesgo social y garantizar la continuidad de cuidados al alta;
2. Protocolo de atención a personas con enfermedad mental.

Para ejemplificar la contribución de la CCS a formalizar el trabajo conjunto de los diferentes profesionales, el diagrama siguiente refleja el flujo competencial de los distintos profesionales sociales, sanitarios y conjuntos, establecido por el "Protocolo de valoración global de pacientes al alta".



Así, en el hospital, la enfermera aplica la escala de valoración social que quedará registrada en la historia del paciente en actividades de enfermería, en la aplicación **informática GACELA**, detectando y consignando riesgo social. Una limitación radica en que esta escala por enfermería no es todavía accesible al profesional de trabajo social del propio hospital, ya que no éste no tiene su propio sistema de información ni tiene tampoco acceso a GACELA, como tampoco es visible para los profesionales de Atención Primaria.

Así pues, **el equipo multidisciplinar del hospital emite al acta un informe sociosanitario, junto al informe de enfermería y el informe médico** (estos últimos que recibe también el paciente). **El informe sociosanitario y el informe de enfermería constituyen la base sobre la que los profesionales del Centro de Salud de Atención Primaria y el ECB trabajan para desarrollar el plan de cuidados y seguimiento conjuntos.**

## Principales barreras

1. Los sistemas de información utilizados por el sistema social y sanitario son diferentes, por lo que sería preciso adecuar las bases informáticas.
2. Es necesaria una formación continuada y conjunta de profesionales de la salud y de servicios sociales a fin de homogeneizar criterios de actuación y poder avanzar en la intervención conjunta.
3. Una de las principales barreras es la escasa disponibilidad del tiempo necesario para llevar a cabo las valoraciones en el estudio de caso y el plan de intervención conjunto; al menos se necesitan dos horas de reunión con periodicidad mensual.
4. En el momento de realizar este análisis, en el verano de 2015, estas estructuras de coordinación sociosanitaria no gozan del mismo nivel de aceptación que hace unos años y se ha empezado a plantear la pregunta sobre su eficacia: necesidad de ciertos cambios en el modelo (p.ej. el alto número de miembros de las CCSs dificulta que sean estructuras ágiles y operativas, o del número de profesionales que deberían participar en el ECB).
5. El planteamiento metodológico que se refleja en la literatura no ha conseguido trasladarse a nivel práctico en la intervención con los casos más complejos, quizás por la cultura diferente entre los profesionales de ambos sistemas, por la escasa agilidad en la aplicación de los recursos necesarios, por la dificultad en el manejo de la herramienta metodológica....
6. Ausencia de un profesional con dedicación completa que monitorice la actividad sociosanitaria (supervisión periódica del funcionamiento de los ECBs, análisis de resultados, establecimiento de objetivos y criterios homogéneos de actuación en el ámbito territorial propio,...).
7. Escasa definición actual en relación a la operatividad del modelo por parte de los responsables en el ámbito autonómico.

## Elementos facilitadores

Impulso de protocolos/programas/recursos que facilitan la coordinación:

- Protocolo de atención a personas con enfermedad mental
- Protocolo de valoración global de pacientes dirigido a detectar el riesgo social
- Proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental
- Creación de las Unidades de Convalecencia sociosanitarias y de mini residencias para personas con discapacidad por enfermedad mental

Implantación de la aplicación informática GASS que permite recoger datos de atención y perfil preservando la confidencialidad

## Enseñanzas que aporta la práctica

Desde que se inició la aplicación informática GASS (2011) ha permitido recoger algunos resultados:

- 267 casos se han trabajado desde esa fecha hasta 2014.
- Se han realizado 283 reuniones por los profesionales de las estructuras de coordinación sociosanitaria.
- A pesar de las dificultades de funcionamiento, el enfoque integral y la coordinación entre los profesionales proporciona mayor satisfacción a los intervinientes y garantizada mejor calidad y continuidad de cuidados.

Práctica enviada por: Diputación Provincial de Salamanca el 17 de septiembre de 2015.

