

BASES DE LA ATENCION SOCIO-SANITARIA

EN LA COMUNIDAD AUTONOMA

DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Oviedo, Julio 1993

Este informe ha sido elaborado entre los meses de Febrero a Julio de 1993 a petición del Consejero de Sanidad y Servicios Sociales , por una comisión de profesionales de la Salud y de los Servicios Sociales de Asturias formado por las siguientes personas :

Coordinación y dirección : Julio Bruno Bárcena

Participantes :

Alberto Fernández León

Carlos Castaño Barroeta

Enrique Peñuelas Carnicero

Elena Rodríguez Fernández

Julia Menéndez del Llano

Lina Menendez Sánchez

Vicente Romero Bonacho

Secretaria y mecanografía : M^a Fernanda Gutierrez Bioslada

INDICE DE MATERIAS:

INTRODUCCION

Justificación	2
Definición del objeto del estudio	5
Ambito de la intervención socio sanitaria	5
Condiciones asociadas a los problemas socio-sanitarios	7
Colectivos especialmente vulnerables	9

PRINCIPIOS METODOLOGICOS PARA LA INTERVENCION SOCIO- SANITARIA 12

Continuidad de Cuidados	12
Intervención anticipada	16
Intervención Interdisciplinar	17
Fomento de la Auto atención	18
Diversificación de servicios	19
Coordinación de Servicios	22

PROPOSITO Y OBJETIVO DEL INFORME	24
METODICA DE LA INTERVENCION SOCIO- SANITARIA EN LA C. A.	25
Coordinación de programas	25
Coordinación de Servicios	27
Coordinación de casos	32
MODELO DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS EN LA C. A. . . .	37
Sistema Informal de cuidados	39
Sistema Formal de cuidados	41
Servicios de cuidados continuados	42
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS	

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

La evolución de las sociedades modernas y particularmente la española, ha comportado en los últimos años profundas modificaciones en las relaciones productivas, sociales y culturales de los individuos y las familias, generadoras del reconocimiento de nuevas necesidades sociales y demandas individuales como derechos públicos.

En consecuencia, se ha ido configurando una *sociedad del bienestar* que demanda servicios y exige equidad en la redistribución del beneficio social en bienes básicos como la asistencia sanitaria, la vivienda o los recursos económicos mínimos.

Paralelo al crecimiento del *Estado de Bienestar* han ido aflorando, en nuestra sociedad, un notable número de demandas sentidas de asistencia sanitaria y social, cuyo incremento no ha sido acompasado por una estructura de servicios públicos ni privados capaz de satisfacerlas en el plano de la disponibilidad, ni suficientemente sensible para detectarlas y canalizarlas en el plano de la accesibilidad.

Por otra parte, el envejecimiento de la población afecta a la estructura

demográfica en términos relativos, derivados de la caída de la natalidad, pero también en forma de un incesante aumento de la longevidad, derivado de las mejoras en el campo de la Salud Pública. El fenómeno de compresión de la morbilidad generado por la concentración de las enfermedades crónicas e incapacitantes en los últimos estadios de la vida, supone un paulatino incremento de la población muy envejecida acompañado de elevadas tasa de morbilidad y discapacidad, con mayor dependencia de servicios de apoyo social y sanitario. Estos hechos plantean la necesidad de modificar los parámetros de planificación, organización y actuación de los actuales servicios.

La propia óptica social y cultural del concepto de salud ha sufrido profundos cambios en los últimos años, al incluir dimensiones comunitarias, medioambientales y del comportamiento. De hecho los servicios prestadores de asistencia sanitaria están modificando sus procedimientos, en relación a esta óptica y un ejemplo relevante lo constituye la progresiva desaparición de la práctica manicomial. En su lugar se han creado nuevas formas de atención y apoyo a los déficits psíquicos y a la discapacidad en el marco de la integración comunitaria de los individuos.

En suma, la mejora de las prácticas de salud pública y el progreso técnico han implicado una mejor comprensión de la prevención y el tratamiento de la enfermedad y sus factores sociales condicionantes. La intervención precoz sobre los riesgos para la salud y las prácticas de readaptación y rehabilitación

de discapacitados, contribuyen de modo notable a prolongar la vida y el bienestar de las personas con enfermedades crónicas diversas. En consecuencia, se está incrementando el número de personas con discapacidad que requieren servicios de cuidados prolongados.

Por último, la especialización técnico-profesional ha contribuido a la definición de los dispositivos asistenciales en espacios bien delimitados por la indicación del acceso o la dependencia administrativa, no siempre acordes a las necesidades cambiantes de los ciudadanos; de modo que, entre estos espacios han aparecido soluciones de continuidad o rupturas asistenciales que excluyen al individuo de los servicios cuando su problemática biosicosocial reviste una mayor complejidad.

Se pone de manifiesto así, la existencia de un conjunto de demandas complejas que afectan a múltiples niveles del sistema social y de salud, ante las cuales los ciudadanos, no encuentran respuestas sistematizadas y los dispositivos prestadores de servicios se encuentran desbordados en su capacidad de actuación.

En términos comunitarios, nos encontramos ante un "síndrome sociosanitario" cuya existencia supone un disturbio social creciente consistente en la percepción pública de ineficacia de los servicios sociales y sanitarios para abordar las necesidades generadas por situaciones de salud-enfermedad complejas.

DEFINICION DEL OBJETO DEL ESTUDIO

Ambito de la intervención socio sanitaria

El concepto de atención socio-sanitaria está asociado al de atención a la salud y a la dependencia de ésta con el bienestar de los individuos. El ámbito de la atención sociosanitaria así definida, incluye el conjunto de demandas de atención biosicosocial de la comunidad y la totalidad de las redes de servicios sociales y de salud dispuestas para satisfacerlas.

En Asturias el desarrollo de la Ley General de Sanidad y de la Ley de Servicios Sociales han establecido un marco de servicios de salud universales y de amplias prestaciones sociales que posibilitan la cobertura de un extenso espectro de contingencias, teóricamente consideradas. La implantación de la Red de A.P.S., la Reforma de los Servicios de Salud Mental y la aproximación de dispositivos y Servicios al ciudadano han sido muy notables. Por otra parte, el establecimiento de Unidades y Servicios de Medicina Geriátrica y la ampliación de los recursos institucionales han posibilitado afrontar una demanda asistencial en crecimiento.

Estos elementos coexisten aún con un grado de fragmentación y aislamiento importante, en ocasiones ajenos al resto de los elementos del sistema, no

logran establecer el adecuado marco de relaciones con el resto de los elementos. El desarrollo armónico de este conjunto de estructuras exige la definición de relaciones, que permita concebirlos como un Sistema de Servicios dispuestos en función de las necesidades de los clientes, más allá de la mera aposición de unidades inconexas. Se pone de manifiesto que la comunicación y complementariedad de los dispositivos es condición necesaria para un desarrollo sostenible de los servicios.

El objeto de este informe se centra en las relaciones administrativas y de colaboración entre los servicios sociales y sanitarios, que en el estado actual, excluyen a los individuos de una atención integral y en los contenidos profesionales con que se afronta la intervención socio sanitaria. Debe destacarse, de entrada que la insuficiencia de recursos de las actuales redes asistenciales, puesta de manifiesto en esta comisión no ha sido motivo del presente estudio, aún cuando se reconoce su relación con la percepción de salud y de atención socio sanitaria de la sociedad.

En suma, el concepto de atención socio-sanitaria supone el establecimiento de una nueva aptitud en los servicios y en las relaciones entre estos, para detectar y afrontar el conjunto de problemas a que nos hemos referido. Incorporar esta nueva aptitud, requiere profundizar en la definición de los elementos y en las relaciones entre los servicios, que permita la modificación de las actitudes de los profesionales de los servicios sociales y de salud para abordar los problemas socio sanitarios.

La red de servicios existente contiene una gran potencialidad y, no se trata de crear una nueva red de servicios, sino de establecer los procedimientos necesarios para la inclusión de los problemas reales y graves de los individuos en el objeto de trabajo de los servicios y profesionales y de poner al alcance de ciudadanos y profesionales las estructuras de mediación y enlace exigibles entre los distintos niveles asistenciales.

Condiciones asociadas a los problemas socio sanitarios

Los colectivos sujetos de intervención sociosanitaria reúnen un conjunto de problemas de salud de carácter heterogéneo en el plano etiológico, clínico y funcional y que abarca poblaciones dispares en cuanto a la edad, la etnia, el diagnóstico, la autonomía y otras condiciones socioeconómicas.

La caracterización global de un ciudadano o enfermo como paciente socio-sanitario requeriría de escalas de valoración complejísimas aplicadas al individuo y su entorno social y familiar de las que no se dispone.

Por otra parte, se reconoce el hecho de que la percepción de salud es una vivencia subjetiva individual, cuya respuesta no está directamente en relación con la asistencia sanitaria o a la prestación social, sino que obedece a factores de naturaleza compleja.

En consecuencia, tomaremos aquí el concepto de problemas sociosanitarios

para referirnos a aquellos que tienen su origen en la exclusión administrativa o asistencial de los sujetos y no a características genéricas propias de los casos. Con ello se quiere poner de manifiesto la necesidad de abordar la situación individual del cliente.

Algunos grupos de población e individuos resultan especialmente vulnerables a los problemas socio sanitarios; las condiciones generales que se asocian a estos individuos o grupos se recogen a continuación:

1. Presencia de ENFERMEDAD CRONICA clínicamente objetivable, que genera
2. PERDIDA DE AUTONOMIA en el individuo e incapacidad total o parcial para resolver sus necesidades básicas, y en consecuencia
3. DEPENDENCIA DE CUIDADOS CONTINUADOS sociales y sanitarios cuya asignación exige
4. MEDIACION entre el individuo y los servicios prestadores de los cuidados e implica la
5. CONSTRUCCION motivada y responsable de la demanda por los profesionales.

Colectivos especialmente vulnerables

Los colectivos con especial riesgo de intervención socio sanitaria, a los que hace referencia este informe, son aquellos definidos en el contexto de la reducción del riesgo ante un problema de salud existente que, por condicionantes múltiples tiende al desarrollo crónico y la discapacidad social.

Entre ellos cabe mencionar:

- 1. PACIENTE GERIATRICO**
- 2. ENFERMO MENTAL**
- 3. ENFERMO TERMINAL**
- 4. OTROS**

Desarrollaremos algunas condiciones de vulnerabilidad asociadas a estos colectivos:

1. PACIENTE GERIATRICO

- Mayores de 80 años
- Ancianos que viven solos
- Viudos recientes
- Altas hospitalarias
- Parejas con enfermedad de un miembro
- Incapaces físicos y/o psíquicos
- Personas con precariedad económica.

2. ENFERMOS MENTALES

- Ancianos con alteraciones crónicas de tipo afectivo y de la conducta.
- Enfermos psíquicos crónicos de edad madura con institucionalización prolongada y discapacidad relacional. Ausencia de apoyo social y familiar
- Nuevos crónicos. Enfermos psíquicos jóvenes con necesidad de apoyos normalizados de alojamiento y reinserción socio laboral no permanentes.

3. ENFERMOS TERMINALES

- Enfermos oncológicos con inestabilidad clínica y apoyos sociales frágiles
- Enfermos de SIDA y otras enfermedades crónicas en fase terminal con apoyo social frágil y elevada dependencia de cuidados.

4. OTROS

- Enfermos neurológicos con déficits establecidos y falta de soportes de adaptación social.

Se han tratado de discriminar algunos colectivos que, con la mayor frecuencia presentan necesidades de intervención social y sanitaria conjunta. No se trata de excluir con esta referencia a otros grupos. Se insiste en que la construcción de las demandas socio sanitarias deriva de características intensamente ligadas a los individuos, su situación relacional y su historia personal.

La asociación de varias de las condiciones expuestas entre sí eleva el riesgo de dependencia de cuidados en estos colectivos. En particular la asociación de características de enfermo geriátrico y enfermedad mental produce una de las mayores demandas de atención socio sanitaria, que ha venido en llamarse demanda psicogeriátrica y está originada por la elevada prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos cognitivos en los ancianos.

PRINCIPIOS METODOLOGICOS PARA LA INTERVENCION SOCIO-SANITARIA

1. CONTINUIDAD DE CUIDADOS

La continuidad de cuidados contribuye a uno de los aportes técnicos más importantes y al reto más difícil para quien trabaja en salud. Este principio ha sido calificado de medular por diversos autores y documentos científicos para poder hablar de modelo comunitario.

Etimológicamente se refiere a la "unión que tienen entre sí algunas cosas a las que se debe prestar solicitud y atención para hacerlas bien", "la unión entre las dependencias o negocios que están a cargo de uno". En la literatura el término cuidados tiene un sentido muy amplio que incluye tratamiento, rehabilitación, apoyo y soporte social y, en este sentido, debe ser considerada esta unión.

Usado para planificar servicios médicos y de enfermería desde los años 40, sigue discutiéndose hoy la continuidad de cuidados en varias especialidades médicas y es frecuente encontrarlo en referencia a cuidados pediátricos, quirúrgicos, oncológicos, geriátricos, nefrológicos y de salud mental con una especial involucración para los cuidados que se prestan en atención primaria de salud.

Conviene advertir de dos malentendidos que, con alguna frecuencia, se confunden con el término continuidad de cuidados, aunque en su contenido difieren bastante. La "continuidad de tratamiento" y el término "cuidados continuados" forman parte de la continuidad de cuidados pero son más restrictivos que éste, cuando hacen referencia exclusiva a la farmacoterapia o al contacto reiterado con distintos servicios.

Subyace, además en ambos malentendidos el riesgo de entender los cuidados de salud como cuidados médicos y donde el individuo, la familia y el grupo local solicitan este tipo de cuidados para recibirlos en actitud pasiva. La salud se entiende así, como un problema del médico, no es un tópico y origina, con frecuencia fuertes resistencias.

Como proceso, la continuidad de cuidados comprende el movimiento ininterrumpido y ordenado de pacientes entre los diversos recursos del sistema de servicios. Entre las diversas conceptualizaciones se han consensuado una serie de características o dimensiones básicas que representan un mínimo común denominador, de tal manera que la ausencia de una o más de estas dimensiones significaría la ruptura o discontinuidad. Señalamos aquí que, ruptura y continuidad son dos términos de un proceso dialéctico tanto en la explicación de la historia de un individuo con alteraciones de su salud, como en su calco en los cuidados que se le brindan.

Conviene señalar que el concepto continuidad de cuidados es central en la

planificación de servicios para enfermos crónicos y básico para establecer la necesaria colaboración entre profesionales de salud y de otras disciplinas (médicas y no médicas).

Entre las dimensiones de la continuidad de cuidados se consideran las siguientes:

Dimensión temporal: la continuidad de cuidados es longitudinal por naturaleza. El fenómeno de la puerta giratoria ilustra de forma elocuente la ausencia de esta dimensión.

Dimensión individual: los cuidados son planificados para cada paciente-cliente y su familia. El paciente es el eje y punto de referencia para la continuidad de cuidados. Representa el concepto opuesto al de "dumping", esto es la colocación indiscriminada y "al por mayor" de los pacientes en el hospital, asilo o comunidad sin considerar sus necesidades específicas. Esta dimensión configura la continuidad de cuidados como un modelo de paciente céntrico, en oposición a los modelos basados en la especialización y localización de los servicios.

Dimensión Transversal o sincrónica: En cualquier punto, en el curso del cuidado del paciente, este puede recibir una variedad de servicios relativos a sus necesidades. Estas posibles aportaciones coordinadas constituyen un elemento de integralidad.

Carácter flexible: Esta dimensión permite:

- Ofrecer a necesidades variables, respuestas diferentes en cada momento.
- Tolerar a los pacientes avances y retrocesos aliviándolos de la presión de tener que mostrar siempre mejora y progreso.

Relación de confianza: De acuerdo con su existencia los contactos de los pacientes con el sistema de servicios están impregnados de una cualidad que permite al paciente confiar y colaborar con el equipo, sobre la base del interés por la ayuda y la atención. Aunque la relación persona-persona sería ideal, hay que señalar que la continuidad ofrecida por el equipo es más realista en muchos aspectos y permite reducir los riesgos de una prolongada relación uno-uno.

Dimensión comunicante: Entre los pacientes y proveedores de servicios y entre los varios proveedores involucrados en cada caso se requiere una información fluida. En pacientes crónicos, el concepto de continuidad implica que el paciente tiene asegurada una conexión que dura todo el tiempo.

Se puede resumir diciendo que, para un determinado paciente, el cuidado que reciba sea prescrito individualizadamente para él y abarque tantos servicios como su impedimento requiera. Algunos servicios caen dentro del dominio de los dispositivos de Servicios Sociales, pero esta división administrativa no

debe impedir el acceso a los cuidados.

2. INTERVENCION ANTICIPADA

Para el objeto de este informe, el concepto de intervención anticipada supone la prevención de un mayor daño en el individuo eligiendo el momento más adecuado para evitar o retrasar la dependencia o adaptar al individuo a la que existe.

Se trata de un concepto preventivo que debe asociarse a toda práctica profesional y permitir en cada caso tomar entre un conjunto de medidas, aquellas que tiendan a demorar la incapacidad, reducir sus efectos y evitar la dependencia.

En cuanto a los Servicios supone que la organización está alerta y permite la búsqueda activa de los sujetos en riesgo de dependencia. La existencia de instrumentos de detección sensibles a la problemática socio sanitaria en las puertas de entrada al sistema de servicios es principal para detectar con precocidad los problemas de esta índole. Cabe recordar, a este respecto, que los servicios de salud son con frecuencia los detectores de problemas sociales graves, por sus consecuencias últimas.

En particular la existencia de procedimientos de medición de la capacidad

funcional, mental y de la situación social de los individuos, en las puertas de entrada al Sistema Sanitario: Red de A.P.S. y servicios de urgencias de atención especializada permitiría la detección de algunos de estos problemas; la intensificación de las estructuras de rehabilitación física y psíquica y el apoyo social a las insuficiencias de alojamiento, convivencia, integración laboral de enfermos crónicos posibilitaría una mayor reducción de la dependencia.

3. INTERVENCION INTERDISCIPLINAR

Concepto que se refiere a la necesidad de crear espacios integradores de las diversas disciplinas basados en la valoración de las necesidades socio sanitarias de los pacientes, en los planos:

- * médico
- * funcional
- * mental
- * social

La situación evolutiva cambiante de los enfermos crónicos pone de manifiesto que la intervención especializada casi nunca es un sólo hito o episodio en la historia del paciente y que éste requiere, con frecuencia, grados diversos de implicación de las distintas especialidades, según el momento, el lugar y el

objetivo de la intervención.

El producto integrador de las diversas perspectivas que se vierten sobre un paciente crónico demanda, con frecuencia la figura de "responsable del caso" que facilite a éste una aproximación global de la situación y module y oriente su demanda.

En algunos países desarrollados ha sido promovida la figura de *coordinador de casos* referida a la atención de enfermos psíquicos, la de *case management* referida a la atención geriátrica y la de *visitador de salud* referida a la atención comunitaria. El denominador común de todas ellas implica la evaluación de la situación individual del cliente y la intervención mediadora del profesional para que aquel disponga en cada momento de los recursos más adecuados.

En nuestro país este rol debe ser asumido con carácter general entre los profesionales de A.P.S. En el caso de la salud mental y la asistencia geriátrica es frecuente que este papel sea asumido por los profesionales de estas disciplinas. Con carácter general debiera implantarse asimismo la figura de responsable en el nivel de atención especializada.

4. FOMENTO DE LA AUTOATENCION

El Sistema informal de cuidados tiene un peso transcendental para el

mantenimiento de la calidad y cantidad de cuidados. La autoatención y la atención familiar constituyen las modalidades predominantes de asistencia en todos los países. El significado básico de este concepto consiste en:

- que las personas cuiden de sí mismas.
- que las familias se asistan unas a otras
- que los vecinos, amigos y comunidades proporcionen respaldo y servicio a quienes lo necesitan
- que se elaboren políticas de promoción de la salud
- que los profesionales de la atención a la salud ayuden y alienten a los individuos y a las familias a cooperar con ellos para preservar la salud.

Los programas de promoción de organizaciones voluntarias, de apoyo a los cuidadores - en particular mujeres- y de información entran de lleno entre los requisitos para conservar el sistema de cuidados informales.

5. DIVERSIFICACION DE SERVICIOS

El Sistema de Salud se ha configurado en dos niveles asistenciales nítidamente diferenciados de Atención Primaria y Especializada, que no han previsto los espacios comunes de integración y relación en la atención continuada de los pacientes con problemas de dependencia compleja.

A su vez el Sistema de Servicios Sociales ha diferenciado niveles asistenciales

de Atención Primaria y Especializada con dispositivos de atención comunitaria e institucional. El desarrollo de servicios prestadores de asistencia ha sido extenso, sin que se hayan contemplado suficientemente servicios intermedios o a caballo entre la institucionalización y la orientación.

El Sistema de Servicios ha posibilitado de este modo una diferenciación entre las funciones de diagnóstico y tratamiento -particularmente farmacológico- en distintos niveles de asistencia, más orientadas al consumo de los recursos existentes en cada nivel, en detrimento de las funciones de cuidado de la salud, adaptación, rehabilitación y reinserción social.

En ambos sistemas se hace preciso promover una nueva cultura de la intervención que tienda a movilizar los recursos comunitarios y familiares y a promover apoyos temporales, intermitentes o permanentes según la dependencia de los individuos y las dificultades del medio socio-familiar para tomar a cargo sus cuidados.

Entre ambos sistemas se hace preciso definir espacios integradores de la intervención, más allá de las peculiaridades de cada uno. Espacios compartidos entre ambos niveles asistenciales y entre ambas redes de servicios pueden facilitar la optimización de los recursos existentes.

Se ha convenido en llamar a estos espacios estructuras intermedias y servicios de cuidados continuados. Entre ellos se incluyen: hospitales de día; servicios

de hospitalización a domicilio; unidades de cuidados paliativos; comunidades terapéuticas; unidades de rehabilitación psíquica y han probado una alta eficacia en afrontar los problemas socio sanitarios de nuestro tiempo en otros países.

Es necesario destacar aquí que las características de universalidad y gratuidad de los servicios de salud no se corresponden a la lógica prestatoria de los servicios sociales especializados, cuyo desarrollo histórico deriva de características económicas relacionadas con el derecho laboral y no conllevan gratuidad. De hecho la financiación de algunos de los recursos institucionales se hace en base al sistema de salud sin que exista un claro marco de prestaciones gratuitas y no gratuitas.

Además las características de acceso a los servicios sociales de tipo institucional han primado el criterio socioeconómico en detrimento de la situación de dependencia psico-física de los individuos, sin considerar suficientemente que la dependencia, por sí misma genera un problema social en tanto que exige la concurrencia de terceros y de apoyos diversos para suplir las insuficiencias del dependiente. La propia situación socioeconómica de los individuos y las familias resulta afectada por la situación de dependencia y no permite establecer parámetros homogéneos de valoración sin tener en cuenta esta circunstancia.

La literatura ha sido extensa en describir el amplísimo abanico de servicios

sociales que deben preverse para situaciones particulares de los individuos; alojamientos temporales; alojamientos fin de semana; ayudas a terceras personas; financiación de la reinserción laboral; ayudas especiales para situaciones críticas.

En resumen, los servicios que actualmente proporcionan ambos niveles asistenciales en la red de salud y en la de servicios sociales se reducen rígidamente a la prescripción y orientación ambulatoria o alternativamente a la hospitalización o institucionalización de las personas discapacitadas. Esta rigidez genera insuficiencias en un buen número de situaciones que no pueden ser atendidas con los recursos actuales e ineficiencias en aquellos casos en que la institucionalización y hospitalización podría ser evitada o retrasada con el cuidado y la atención en el domicilio.

Se trata, por tanto, de disponer los servicios con la flexibilidad necesaria para satisfacer las necesidades de los clientes.

6. COORDINACION DE SERVICIOS

Diferenciaremos tres niveles:

- * Estratégico
- * De gestión
- * Operativo

- * En el **nivel estratégico** se destaca la dependencia administrativa diversa de los servicios sociales y de salud; en particular la inexistencia de transferencias en Servicios Sociales y Sanitarios plantea dificultades de coordinación administrativa y diferencias entre los objetivos de las redes central, autonómicas y locales.
- * En el **nivel de gestión** es manifiesta la inexistencia de coordinación entre los responsables de la gestión sanitaria y social que posibilite el establecimiento de criterios compartidos en la gestión de los recursos socio sanitarios.
- * En lo que se refiere al **plano operativo** se destaca la inexistencia de un marco de intervención común para los profesionales de las distintas estructuras de servicios sociales y de salud. A este respecto, se considera que los programas compartidos entre distintas redes y profesionales pueden procurar la colaboración y la intervención interdisciplinar con el paciente, su familia y las instituciones comunitarias, en relación a las necesidades específicas de aquel.

Se considera que los programas compartidos constituyen el hilo conductor de las políticas, actividades y procedimientos para los Servicios y permiten el establecimiento de marcos reales de relación entre niveles de atención y dispositivos.

PROPOSITO Y OBJETIVO DEL INFORME

En base a los principios desarrollados, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales ha formulado el propósito de modificar el tipo de intervención socio sanitaria que desarrollan los Servicios en la Comunidad Autónoma, en relación a la prevención de la discapacidad y al mantenimiento del grado óptimo de autonomía personal en los colectivos tributarios de atención sociosanitaria. En consecuencia se ha encargado a un grupo de profesionales el estudio y la elaboración de un informe que recoja este propósito.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente informe es contribuir a mejorar la accesibilidad, continuidad y calidad de cuidados a los colectivos de enfermos crónicos con discapacidad, pérdida de autonomía personal y dependencia social y sanitaria y proponer las estrategias más adecuadas a los problemas socio-sanitarios

METODICA DE LA INTERVENCION SOCIO SANITARIA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA

Coordinación de programas

El conjunto de las poblaciones vulnerables a la incapacidad y a la dependencia indicadas en el inicio de este informe, configuran una diversidad de demandas heterogéneas en los planos clínico, funcional, psíquico y social. La garantía de ofrecer los cuidados socio-sanitarios que cada individuo precisa será facilitada por la existencia de programas específicos en relación a cada una de las subpoblaciones anteriormente referidas. Si bien se considera que todos los casos de atención socio-sanitaria no pueden ser incluidos dentro de los programas existentes, es opinión de esta Comisión, que debe de mantenerse o implementarse al menos los programas siguientes:

1. Programa de Asistencia Geriátrica.
2. Programa de Psicogeriatría.
3. Programa de Cuidados Paliativos
4. Programa de Atención al SIDA
5. Programa de Toxicomanías

6. Programa de Rehabilitación enfermos psíquicos

Estos programas tienen impacto sobre la gran mayoría de las demandas de atención socio-sanitaria según la literatura conocida y suponen la existencia de protocolos de manejo socio-sanitario a lo largo de todas las estructuras de la red de cuidados sociales y de salud, atención primaria y especializada.

La existencia de estos programas permite disponer de objetivos comunes que impliquen al conjunto de Servicios y los indicadores de evaluación de evaluación precisos para conocer la eficacia en el cuidado de gran parte de los pacientes a los que nos referimos.

Como conjunto de actividades ordenadas con el fin de alcanzar objetivos, los programas pueden constituirse en instrumentos de asignación de recursos y de Dirección del Sistema de Servicios.

Cada uno de ellos debería incorporar fórmulas de colaboración entre Servicios Sociales y de Salud y criterios de utilización de estructuras intermedias o Servicios de Cuidados Continuados.

El responsable del caso en Atención Especializada y/o el coordinador del caso en Atención Primaria pueden delimitar acciones homogéneas en base a protocolos predefinidos en cada uno de los programas.

Coordinación de Servicios

La fragmentación en la gestión de los servicios sociales, de salud mental y de atención geriátrica como se ha descrito más arriba, no debe implicar la existencia de un vacío en la intervención y en las respuestas que el sistema en su conjunto puede ofrecer a cada usuario. Por ello, se hace preciso coordinar en base al establecimiento de nuevas relaciones, el conjunto de estas estructuras en la Comunidad Autónoma.

1. Relaciones entre Atención Primaria y Asistencia Geriátrica Especializada.

A nivel estratégico se destaca la necesidad de incorporar los Servicios y Unidades de asistencia geriátrica entre las prestaciones normalizadas del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma y regular su ámbito de actuación y de relación con el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

El reconocimiento de la existencia de estas unidades para la Red Asistencial Pública implica definir formalmente los flujos de la demanda y la financiación de estos servicios.

Otro capítulo especial en este terreno es el de la formación conjunta de profesionales.

En el nivel de gestión, las relaciones entre asistencia geriátrica y Atención Primaria pueden organizarse en torno a los programas de geriatría del Área de Salud. Cobran especial interés las relaciones entre ambos niveles asistenciales para la utilización de dispositivos como: Hospital de día, rehabilitación funcional y unidades de cuidados paliativos.

En el nivel operativo la definición de interconsultas y la valoración geriátrica a la cabecera del enfermo pueden suponer un buen apoyo a la continuidad de cuidados.

2. Relaciones entre Atención Primaria y Salud Mental.

El desarrollo territorial de la Red de APS y las estructuras de Salud Mental ha sido muy intenso si bien deberá darse un nuevo impulso en relación a los siguientes aspectos:

2.1- Formación de personal clínico de Atención Primaria.

2.2- Análisis y discusión de criterios de derivación.

2.3- Desarrollo de intervenciones conjuntas compartiendo programas y espacios.

2.4- Apoyo y supervisión especializada más intensa a las demandas de Atención Primaria. Criterios de detección de problemas.

3. Relaciones entre Salud Mental y Asistencia Geriátrica.

La base principal de las relaciones entre la asistencia geriátrica y los servicios de salud mental se encuentra en la detección, evaluación y seguimiento de las patologías que vienen configurando lo que se ha denominado psicogeriatría.

El núcleo de las relaciones entre ambos dispositivos se encuentra en el programa de psicogeriatría del área. En cualquier caso, este programa ha de garantizar la ordenación fluida de las interconsultas que se hagan precisas entre ambas redes, así como un aporte del manejo de los aspectos psicológicos de las distintas patologías y de los derivados de la hospitalización, incluyendo la Rehabilitación psicológica.

Se conviene en que los programas de psico-geriatría deben ubicarse en el seno de los servicios de Asistencia Geriátrica del territorio. Dado el volumen de demanda que supone los trastornos incluidos dentro de este tipo de programas, se precisa la incorporación de otros profesionales especializados en Salud Mental en los Servicios de Geriatría en aquellas Areas de mayor volumen de población y los procedimientos de interconsulta necesarios en el resto de las Areas.

Por otra parte, son necesarios procedimientos de formación continuada que contemplen la participación y colaboración mutua en la formación de los profesionales de Geriátría y de Psiquiatría en áreas comunes.

4. Relaciones entre Servicios Sociales y de Salud.

Dividiremos éstas entre las que se deben de establecer en el medio comunitario: relación atención primaria de salud-servicios sociales de zona y las que se originan en relación al alojamiento y vivienda de personas discapaces en el curso de su manejo en estructuras intermedias de tipo sanitario. En el primer aspecto, se considera relevante potenciar acciones integradas de Ayuda a domicilio desde Salud y Servicios Sociales para mejorar la calidad de este servicio.

Se señala, en particular, el potencial de enfermería como visitador de salud y coordinador de casos.

Es necesario regular asimismo, la atención de salud a las instituciones residenciales de incapacitados, en desarrollo de lo dispuesto en la Ley de Atención al Anciano.

A este respecto, se hace patente la insuficiencia de asistencia sanitaria específica en algunas áreas con elevado grado de instituciones residenciales

con personas dependientes y la tendencia natural a la incapacitación de la población institucionalizada.

Por otra parte, la expectativa de incapacitación progresiva de la población institucional hace prever un agravamiento de las demandas asistenciales de esta población.

La Ley del Anciano contempla la posibilidad de regular situaciones específicas de organización asistencial.

Desde los servicios de Salud se destaca la necesidad de concebir el alojamiento como un recurso dependiente de los Servicios Sociales, que debe facilitar el manejo de discapacitados en estructuras intermedias o en programas de readaptación funcional. El alojamiento es un derecho social básico y un recurso imprescindible para la eficacia de muchos programas de salud. El alojamiento temporal o transitorio permitiría abordar intervenciones de rehabilitación que no son posibles sin superar esta insuficiencia. El alojamiento de personas con carencias familiares y económicas, independientemente de la estabilidad de su curso clínico o de la necesidad de manejo sanitario gravita sobre servicios de salud, cuando se da una discapacidad sea funcional o relacional.

Coordinación de casos

La intervención socio-sanitaria es un proceso que debe responder a las necesidades específicas del cliente en el momento en que se presentan y en el medio social en que éste vive, mediante una diversidad de respuestas posibles, razonables y proporcionadas a la situación.

La intervención socio-sanitaria es, por su naturaleza, multidisciplinar y se dirige a movilizar los recursos formales e informales del entorno del individuo discapacitado a fin de dar una respuesta de calidad a las necesidades y demandas planteadas por su dependencia.

La metodología de la intervención sociosanitaria incluye con carácter general las siguientes etapas:

1. Identificación y Evaluación del problema.
2. Definición de un plan de intervención adecuado a las necesidades.
3. Ejecutar el plan de intervención: crear y coordinar servicios en función del plan.
4. Seguir la evolución del plan y reevaluar la situación del cliente.

Se destaca la necesidad de que la intervención socio-sanitaria sea realizada por los profesionales responsables del paciente que deberían asumir el rol de coordinadores de casos, es particularmente importante en Atención Primaria, dada la situación privilegiada de estos profesionales para generalizar la continuidad de cuidados; pero no excluye su asunción por especialistas cuando la situación del paciente hace que éste se identifique con un servicio específico.

La intervención socio-sanitaria es la responsabilidad principal del coordinador del caso, figura profesional de los servicios sociales o sanitarios, capaz de construir la demanda del paciente informando a él y a su familia de los recursos disponibles para satisfacerla y mediar ante las instituciones sociales o sanitarias cuando sea necesario.

Las funciones del coordinador del caso se resumirán en asegurar que las necesidades del cliente sean evaluadas y que se oferten, los servicios más apropiados en calidad y cantidad.

El coordinador de casos se encuentra entre las necesidades del cliente, la familia y los dispositivos prestadores de los servicios y debe coordinar las actividades de evaluación y seguimiento del cliente.

Funciones del coordinador del caso

1. Atender individualmente los clientes
2. Iniciar el proceso de evaluación
3. Reunir los datos que resulten de la evaluación en un informe por cliente
4. Elaborar un plan de intervención de acuerdo con el cliente, la familia, el médico del cliente, los prestadores de servicios y otros profesionales
5. Movilizar los servicios necesarios
6. Asegurar un seguimiento del plan de prestación de servicios

Perfil de formación de los coordinadores de casos

En función del tipo del cliente y de las necesidades que éste presenta, el coordinador de casos puede ser cualquiera de los profesionales que trabajan en la red de salud o de servicios sociales, particularmente en Atención Primaria. La figura de coordinador debería reunir las siguientes características:

1. Conocimiento de las distintas disciplinas que intervienen en el proceso

de cuidados así como la red que interviene en el proceso de cuidados continuados.

2. Conocimientos sobre el proceso de envejecimiento normal y patológico.
3. Conocimiento de los medicamentos.
4. Conocimiento sobre el proceso de readaptación y rehabilitación.
5. Criterios de admisión, reglamentos y políticas relativas a los servicios privados y públicos prestadores de cuidados.
6. Conocimiento sobre financiación de los Servicios Sociales y de alojamiento.
7. Conocimiento sobre derecho de las personas y su protección judicial.
8. Conocimiento sobre negociación.

La función de un profesional como coordinador de casos no modifica sus responsabilidades. Sólo personaliza en este profesional las específicas de evaluación y mediación sociosanitaria en relación con el caso de que se trate.

Todas estas características pueden ser ejercidas por gran parte de los profesionales de la red de cuidados, sin embargo, la necesidad de incrementar este tipo de aptitudes exigiría el diseño e implantación de un plan de formación de coordinadores de casos, sus funciones y los conocimientos necesarios.

MODELO DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS EN LA C. A.

En el cuadro adjunto se esquematiza el modelo de servicios propuesto y que se desarrolla a continuación.

Básicamente se consideran los niveles de atención primaria y especializada del modelo existente. Entre ambos niveles se deben crear espacios de intervención compartidos que, vinculados a los programas de interés posibiliten una intervención continuada sobre los clientes.

Estos espacios suponen el desarrollo de estructuras intermedias con criterios de funcionamiento flexibles y adecuados a las necesidades del cliente.

I. ATENCION PRIMARIA

SERVICIOS SOCIALES
SERVICIOS DE SALUD

FUNCION	INFORMACION EVALUACION DIAGNOSTICO INTERVENCION
----------------	--

ESTRUCTURAS INTERMEDIAS SERVICIOS DE CUIDADOS CONTINUADOS

FUNCION	PROGRAMAS COMPARTIDOS DE ATENCION SOCIO-SANITARIA
----------------	--

Recursos

Alojamientos:

- de transición
- de integración social
- de descarga social

Ayuda a domicilio

Hospital de día

Centro de día

Hospitalización a domicilio

Equipos evaluación o valoración

Programas

- Asistencia geriátrica
- Psicogeriatría
- Cuidados paliativos
- Rehabilitación
- Readaptación y mantenimiento funcional

II. ATENCION ESPECIALIZADA

FUNCION	HOSPITALIZACION DE AGUDOS HOSPITALIZACION READAPTACION Y CONVALECENCIA HOSPITALIZACION PALIATIVA
----------------	---

1. SISTEMA INFORMAL DE CUIDADOS

Definición

Conjunto de cuidados prestados por las familias, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, voluntarios y asociaciones altruistas. Se trata de la función global de cuidados prestados en el ámbito doméstico y caracterizada por su invisibilidad para el sistema formal, y por su privacidad.

El sistema informal de cuidados se basa en el rol social de los cuidadores informales -mujeres en su mayoría-, y adquiere dimensiones distintas en el ámbito rural y urbano.

Sus beneficiarios principales son los enfermos crónicos dependientes, enfermos mentales, toxicómanos y enfermos terminales.

Las demandas del sistema informal de cuidados se resuelven en la mayoría de los casos en el domicilio 58 % o Centro de Salud 25 % y en una minoría en los Hospitales 17 %

El sistema informal adquiere una importancia transcendental en la intervención socio-sanitaria. En el cuadro se recogen las acciones principales que pueden desarrollarse en relación a este sistema.

DEMANDAS DEL SISTEMA INFORMAL AL INSTITUCIONAL

ORGANIZATIVOS	Evitar la FRAGMENTACION de la atención. Coordinar niveles de atención
	Disponer de un equipo de referencia para la atención institucional
	Mayor integración entre Servicios Sociales y Sanitarios
	Participación y corresponsabilización en las decisiones
COMUNICACION	Respeto a los valores personales y familiares
	Información sobre el problema de salud: * Comprensible * Accesible * Suficiente
	Capacitación del grupo familiar
SOBRE LA INFRAESTRUCTURA	Dignificación y adecuación de espacio que ayuden al cuidado
	Accesibilidad a los servicios
	Reducción de esperas y trámites
CULTURALES	Reconocimiento de la labor del cuidador
	Colaboración de los profesionales sanitarios

2. SISTEMA FORMAL DE CUIDADOS

El marco global del sistema formal de cuidados de salud y de servicios sociales está configurado en nivel primario y especializado, según define la Ley General de Sanidad y la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma.

No es pertinente, por tanto insistir aquí en el modelo y las estructuras definidas para el nivel Primario y Especializado que están perfectamente regulados.

Entre ambos niveles asistenciales se han generado una serie de servicios que han sido denominados *Estructuras Intermedias y Servicios de Cuidados Continuados*.

SERVICIOS DE CUIDADOS CONTINUADOS

Definición

Conjunto de servicios comunitarios e institucionales destinados a responder a las necesidades de las personas que deban recibir ayuda en el marco de las actividades de la vida diaria.

Se trata de un abanico de servicios y dispositivos destinados a responder a las necesidades de atención a la salud, a las necesidades sociales y personales en aquellas personas que, por una u otra razón, no han tenido nunca autonomía para cuidar de sí mismas o la han perdido. Los servicios pueden ser contínuos o intermitentes, según sean ofertados por una duración mayor o menor en dependencia del índice de la capacidad funcional del individuo y de la situación particular de su entorno social.

Se hace hincapie en el hecho de que las estructuras intermedias deben constituir espacios físicos y funcionales compartidos entre ambos niveles asistenciales donde promover e implantar protocolos de manejo de problemas socio-sanitarios.

2. Cuidados Especializados

Son cuidados que se brindan en instituciones del sistema de salud: hospitales. Asimismo se consideran los cuidados que se brindan en instituciones socio-sanitarias de larga estancia; por último incluyen los servicios específicos de apoyo a la familia y al medio social que posibiliten mantener al paciente incapacitado en el medio comunitario, incluyendo aquéllos que se destinan a la promoción del voluntariado social.

2.1. Estructuras intermedias de la Red Hospitalaria:

2.1.1. Unidades de Evaluación Geriátrica

**2.1.2. Unidades de Readaptación. Unidades de Transición.
Unidades de Media Estancia**

2.1.3. Unidades de Cuidados Paliativos

2.1.4. Unidades de Psicogeriatría

2.1.5. Hospitales de Día

2.1.6. Servicios de Hospitalización en Domicilio

Descripción

1. Cuidados a Domicilio

Los cuidados a domicilio abarcan tanto los servicios de salud como los servicios comunitarios prestados por la red de servicios sociales o por las intervenciones surgidas de la propia comunidad, voluntariado, cuidados informales.

Dentro de este tipo de cuidados existen dos prestaciones actuales del máximo interés:

1.1. Red de Atención Primaria de Salud

1.2. Servicios de ayuda a domicilio de tipo social

Ambos tipos de servicios tienen una escasa relación entre sí. Se considera que el núcleo de mediación para promover una mejor relación entre ambos tipos de dispositivos, está constituido por la enfermera (visitador de salud) y por el trabajador Social de la zona. mejorar y definir las relaciones entre ambos profesionales en el equipo mejorará sustancialmente la calidad de este servicio.

2.2. Estructuras Intermedias de las Instituciones Sociales:

2.2.1. Unidades asistidas de institucionalización prolongada. Larga estancia

2.2.2. Alojamientos temporales para discapacitados

2.2.3. Pisos tutelados

2.2.4. Centros de Día con instalaciones de guardería y mantenimiento funcional.

2.3. Otros: Incluye los servicios prestados específicamente en función de la situación de un determinado cliente y que pueden responder a situaciones de urgencia médica o social.

Acceso a los Servicios de Cuidados Continuados

Existe un amplio marco legal que regula el acceso a los servicios sociales y de salud.

El acceso a los servicios de cuidados continuados para las personas con reducción de la capacidad funcional y complejas situaciones de dependencia, ha de tener un mecanismo homogéneo, a fin de garantizar la equidad y la proporcionalidad en la distribución de los recursos existentes.

En la actualidad existen diversos procesos de admisión a estos servicios y ha de señalarse que los responsables de distintos departamentos tienen que hacerse cargo de demandas complejas en que se precisa una mayor coordinación de recursos.

A este respecto, la Comisión sugiere establecer un punto de referencia u organismo al que puedan ser remitidas las demandas que implican unas características especiales en el cuidado continuado cuando estas demandas no encuentran la adecuada respuesta por los Servicios Sociales o de Salud, o cuando existen situaciones de urgencia social que así lo aconsejen y una vez que se han superado los límites del acceso normalizado a los servicios.

Las funciones de este organismo funcional podrían sintetizarse en las siguientes:

1. Valorar o evaluar las demandas de atención socio-sanitaria de aquellos casos más complejos

2. Asignar un coordinador del caso para cada una de las demandas, cuando sea preciso.
3. Movilizar y orientar la intervención de los cuidadores.
4. Decidir el acceso de un paciente a cualquiera de las estructuras o dispositivos de la red de servicios de cuidados continuados.
5. Promover programas asistenciales socio-sanitarios en el Area de Salud.
6. Promover la formación continuada e intervención socio-sanitaria de los profesionales del sistema de servicios sociales y de salud.
7. Recabar el control y el seguimiento de los casos por parte de los coordinadores de casos.
8. Establecer métodos de evaluación homogéneos.
9. Promover soluciones específicas a problemas específicos que permitan mantener el apoyo social, familiar y comunitario a los pacientes dependientes.

La configuración de este organismo exigiría como condiciones para su buen

funcionamiento, autoridad suficiente para el ingreso o la toma a cargo del paciente por parte de cualquier dispositivo social o sanitario de los referidos en la red de servicios de cuidados continuados, así como la dotación de un presupuesto mínimo que permitiese afrontar las situaciones específicas a que se hace referencia en el último apartado -las de formación de personal-, así como las de promoción del voluntariado y de las redes de apoyo informal.

Bajo la fórmula de Comisión Socio-Sanitaria de Area este tipo de organismo ha sido propuesto a nivel de la Administración Central y está en curso de desarrollarse como experiencia piloto del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La metodología señalada exige la puesta en común previa de los gestores de los servicios a fin de establecer patrones homogéneos de admisión en relación a este tipo de demandas, así como criterios de alojamiento y asistencia.

En cuanto a las unidades de larga estancia se detecta su ubicación actual en el seno de las instituciones de Servicios Sociales, principalmente en las del INSERSO y en las existentes en el Hospital Psiquiátrico. Se denota que la falta de definición clara en cuanto a los criterios de funcionamiento y financiación de estas unidades ha impedido hasta la fecha el desarrollo de este tipo de Servicio público con la Comunidad Autónoma, de hecho, no pueden considerarse Unidades de Larga Estancia las existentes en las Unidades Geriátricas Hospitalarias si nos atenemos a la duración de la estancia y a los objetivos de estas unidades.

En los últimos años se han desarrollado instituciones privadas, clínicas y residencias, carentes de un Marco de Acreditación que informe a los ciudadanos sobre la calidad de sus cuidados. Algunas de ellas han concertado sus servicios con el INSERSO en situación de pretransferencia. Se han señalado ya los problemas derivados de la competencia asistencial en estos centros.

CONCLUSIONES

1. La atención sociosanitaria a la población supone el conjunto de Servicios asistenciales y extrasistenciales relacionados con el bienestar de los individuos que desborda el marco de estudio de esta Comisión e invita a promover políticas intersectoriales e interdepartamentales de prevención y promoción de salud.
2. Se consideran grupos de especial riesgo para la dependencia de cuidados socio-sanitarios en este informe aquellos constituidos por enfermos crónicos con pérdida de autonomía para subvenir sus necesidades básicas y necesidad de cuidados continuados de tipo socio-sanitario que exigen mediación total o parcial para el acceso a los Servicios, que requieren la construcción de sus demandas por parte de los profesionales responsables.
3. Los colectivos a que se hace referencia son:
 - Pacientes geriátricos
 - Enfermos mentales crónicos
 - Enfermos terminales
 - Otros colectivos de enfermos con elevada dependencia.

4. Se detectan a lo largo de este informe problemas de coordinación que afectan a la comunicación, información y formación de los profesionales de las distintas redes de servicios y a la colaboración y cooperación de los departamentos y administraciones, destacándose la inexistencia de objetivos comunes que posibiliten la sinergia y la complementariedad de los dispositivos.
5. La identificación de estos grupos de pacientes y de las condiciones de vulnerabilidad para la inclusión en uno de estos grupos permite establecer Programas Asistenciales que afecten al nivel primario y especializado y disponer en función de estos programas de estructuras intermedias y servicios de cuidados continuados que posibiliten la detección y evaluación de las necesidades de los individuos y en consecuencia la planificación y ejecución de las intervenciones en un marco de colaboración y complementariedad de los Servicios Sociales y de Salud.
6. La intervención sociosanitaria debe constituir el acerbo del conjunto de la red de asistencia social y de Salud y en relación con la misma se hace preciso desarrollar el concepto de coordinador o responsable del caso con funciones de abogado del cliente y evaluador de sus necesidades ante el conjunto de los servicios.

7. La gestión o coordinación de casos supone la intervención sociosanitaria horizontal más allá de los límites de la intervención terapéutica en el caso de los profesionales de Salud y de las de gestión de recursos en el de los profesionales de Servicios Sociales.

La gestión o coordinación de casos plantea la colaboración de las distintas Administraciones: Central, Autonómica y Local.

8. La integración de la intervención sociosanitaria ha de realizarse a través de programas que incluyen Salud y Servicios Sociales y, en su caso, otras redes de protección social. Son estos programas los que implantados por áreas o zonas demandará la necesidad de nuevos dispositivos o la modificación de los existentes. Algunos programas ya elaborados e implementados en algunos territorios pueden ser muy útiles para su extensión a la Comunidad Autónoma.

RECOMENDACIONES

1. AMBITO DE LOS CUIDADOS INFORMALES

-  Promover las acciones necesarias para preservar la función de los cuidados domésticos, los prestados por el voluntariado y ONGS.
-  Establecer directivas de información, comunicación, confortabilidad y acceso de los cuidadores al sistema formal que impliquen a los servicios y dispositivos del sistema de salud.
-  Incorporar la formación de familiares en el manejo de procedimientos y cuidados simples entre las actividades de los profesionales de la salud.

2. AMBITO DE LOS CUIDADOS FORMALES

De Planificación

-  Planificar e implementar las estructuras de cuidados continuados a nivel territorial.

■ Establecer programas integrados e interdisciplinarios en Asistencia Geriátrica, Psicogeriatría, Cuidados Paliativos, Rehabilitación de enfermos psíquicos, Toxicomanías y Atención al SIDA.

■ Establecer espacios compartidos entre servicios sociales y de salud:

- * Procedimientos de interconsultas.
- * Programa comunitario integrado con asistencia domiciliaria.
- * Alojamientos de transición, alojamientos temporales,
- * Centros de día.
- * Servicios de comidas y lavandería a domicilio.
- * Otros.

■ Promover la figura de coordinador de casos o responsable del caso entre los profesionales del sistema.

■ Prever la modificación de las funciones y acceso a los recursos del INSERSO en transferencia. Se considera que esta red tiene actualmente el mayor potencial de estructuras de larga estancia para ancianos y minusválidos de la Región.

- Establecer como criterio de prioridad la dependencia para el acceso a los recursos institucionales públicos de servicios sociales.

De Organización

- Designar una figura responsable en el desarrollo de la totalidad de los programas mencionados y con competencia para proponer al Consejero, la vinculación de presupuestos de Servicios Sociales y de Salud.
- Establecer una *Comisión Socio-Sanitaria de Servicios Sociales y de Salud* compuesta por responsables de la Red de Atención Primaria, Especializada, Salud mental y Servicios Sociales.
- Coordinar los Servicios Sociales de Area con los responsables de Salud del Area.

De Control y Evaluación

- Impulsar políticas de acreditación de los servicios públicos y privados

De Financiación

- Definir el sistema de financiación público-privado de las estructuras intermedias.
- Delimitar el marco de financiación de Servicios Asistenciales y de alojamiento y hostelería en servicios de larga duración.
- Vincular los ingresos y apoyos económicos para minusválías a efectos positivos sobre la situación de dependencia del paciente.

De Información y Comunicación

- Difundir los programas a que se ha hecho referencia entre entre los profesionales de Servicios Sociales y de Salud.
- Establecer protocolos de comunicación y derivación formales entre Servicios Sociales y de Salud.
- Establecer bases de datos que permitan la evaluación periódica de las intervenciones socio-sanitarias en la Zona Básica de Salud.

De Formación

-  Promover un plan de formación de personal en las materias que se han señalado, compartido para servicios de salud mental, geriatría y servicios sociales.
-  Establecer espacios comunes de formación-intervención de profesionales de las distintas redes.
-  Promover la formación de voluntariado.

RECOMENDACION FINAL

 ***Diseñar una experiencia piloto que permita contrastar el modelo propuesto, contribuir a definir los servicios necesarios y hacer gradual el desarrollo de los elementos definidos en el modelo.***

Requisitos de la experiencia

-  Definir un Area de Salud y un marco temporal de evaluación
-  Garantizar la participación de Atención Primaria y Especializada
-  Definir los servicios y elementos mínimos de la experiencia:
 - * ***Agencia Socio-Sanitaria de Area (ASSA)***
 - * ***Servicios de Geriatría***
 - * ***Servicios de Salud Mental***
 - * ***Servicios Sociales del Area***
-  Garantizar la participación del INSERSO
-  Definir los indicadores de seguimiento y evaluación

BIBLIOGRAFIA

1. Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo D.G.A.P.S. Subdirección General de Planificación Sanitaria.
2. Bases d'un model d'atencio Socio-Sanitaria. Del Seu finançament I del Desplegament de recursos 1990-1995. Programa "Vida als Anys" DGOPS. Octubre 1989.
3. L'évaluation et le placement dans la cadre des soins prolongés: un modèle à accès unique. Guide. Ministre des Approvisionnements et Services Canada. 1988.
4. O.M.S. La demencia en la edad avanzada: Investigación y acción. Informe Técnico nº 730. Ginebra 1986.
5. Health and Welfore Adult Long Term Institutional Care. Canada 1985.
6. Services dispensés aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux dans les etablissements de soins prolongés. Guide. Santé et Bien être social. Canada 1990.

7. Comunicación del Gobierno sobre "Osasuna Zainduz. Estrategias de Cambio para el Sistema Vasco de Salud. Líneas Estratégicas". Boletín del Parlamento Vasco nº 88.
8. OPS. Hacia el Bienestar de los ancianos. Publicación científica nº 492. Washington 1985.
9. O.N.U. Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Viena 1982
10. Cuidados Informales en Salud. Plan Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Informe de un Grupo Consultor. Documento inédito. 1991.
11. Riesgo J.; Bruno J. Linking the Hospital and the Community. Libro de comunicaciones. The Elderly: A Challenge to the General Hospital. International Conference. Dublin. Marzo 1993.
12. Gabinete de estudios Sociológicos BernardKrief. El médico y la Tercera edad: Situación actual en la prevención, tratamiento y organización asistencial de la enfermedad en la tercera edad.
13. O.M.S. La Salud de los ancianos. Informe técnico nº 779. Ginebra 1988.
14. Friis, H. New direction in Policies for the elderly in Europe, European

Journal of Gerontology. 1991; vol 1 (2) 104-111.

15. San Martin H. El proceso demográfico en las sociedades humanas y el envejecimiento colectivo. En San Martin H, Pastor V. Epidemiología de la vejez. Madrid, Interamericana, McGraw-Hill, 1990; 85-159.
16. Informes de las Subcomisiones para la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Subcomisión de Atención sanitaria y social. Marzo, 1991.
17. Muir Gray JA. Aspectos sociales y sanitarios del envejecimiento. En: Pathy MSJ ed.: Principios y Práctica de la Medicina Geriátrica. Madrid-Barcelona: Ediciones CEA, 1988; 17-56.
18. Gobierno Vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social. Dirección de Bienestar Social. Plan Gerontológico de Euskadi 1990. Documentos de Bienestar Social nº 31.
19. Gómez i Batiste-Alentorn X, Fontanais de Nadal MD, Roigé i Canais P. Garcia i Ameijeiras MC, Llevadot i Roig MD, Rabadá i Arnau MT, Campillo i March M, Coderch i Sabat J. Atención de personas mayores con enfermedad y dependencia, enfermedades crónicas evolutivas incapacitantes y enfermos terminales. Todo Hospital Marzo 1.92, 84; 17-26.

20. Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Serire de informes técnicos nº 706, Ginebra 1984.
21. Hébert R. Perte d'autonomie. En: Arcand M, Hébert R ed: Précis Pratique de Geriatrie. Quebec, Edisem Inc, 1987: 96-107.
22. Williamson J. Primay care of the elderly. Bristol, Wright, 1987, 141-157.
23. Guillemard AM. Análisis de las políticas de vejez en Europa. Insero, 1992; 61-84.
24. Zawadski RT. Teh Long Terma Care Demonstration Projects. En: Zawadski RT ed.: Community based Systems of Long Term Care. New York. The Haworth Press, 1984; 5-19.
25. Minkler M. Aging and disability: behind and beyond stereotypes. H Ageing Studies 1990: 4; 245-259.
26. Smith T. Denmarck: the elderly liveng in style. Brit Med J 1983: 283. 287; 1053-1055.
27. Challis D. The Care of the Elderly in Europe: New Perspectives- Social Care. European J of Gerontology 1992: 1,6: 334-347.

28. Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. An evaluation of an alternative to hospital care for the frail elderly: the model of care. *Age and Ageing* 1991 a 20; 236-244.
29. Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for the frail elderly: costs and outcomes. *Age and Ageing* 1991 b, 20; 245-254.
30. MacAdam M, Capitman J, Yee D, Prottas J, Leutz W., Estwater D. Case management for frail elders; the Robert Wood Johnson Foundation's Program for Hospital Initiatives in Long-Term Care. *Gerontologist* 1989; *Ced.* 29 (6) 737-744.
31. Wimberley ET, Blazyk S. Monitoring patient outcome following discharge: a computerized geriatric case-management system. *Health Soc Work* 1989; Nov 14 (4): 269-276.
32. Davidson G, Moscovice, McCaffrey D. Allocative efficiency of case managers for the elderly. *Health Serv Res* 1989 Oct 24 (4); 539-554.
33. Hennins JP. Long-Term care legislation: an issue of concern for nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract* 1989 1 (4); 145-149.
34. Netting FE, Williams FG. Establishing interfaces between community and

Health Soc Work 1989 14(2); 134-139.

35. Parker M. Secord LJ. Case managers: guiding the elderly through the health care maze. Am J Nur 1988; 88 (12); 1674-1676.
36. Moscovice I, Davidson G, McCaffrey D. Substitution of formal and informal care for the community-based elderly. Med Care 1988; 26 (10):971-981.
37. Parker M. Quinn J. Viehl M, McKinley A, Polich CL, Detzner DF, Hartwell S. Kom K. Case management in rural areas. Definition, clients, financing, staffing and service delivery issues. J Nurs Adm 1992; 22 (2): 54-59.
38. Redford LJ. Case management. The wave of the future. H Case Manag 1992; 1 (1): 5-8.
39. Rubin A. Is case management effective for people with serious mental illness?. A research review. Health Soc Work 1992 17 (2) 138-150.
40. Robinson JA, Robinson KJ, Lewis DJ. Balancing quality of care and cost-effectiveness through case management. ANNA J 1992; 19 (2): 182-188.
41. Pedrero de Bustos, C; Peñuelas Carnicero, E. Continuidad de cuidados.

Trabajo de investigación M.I.R. n.p. Oviedo 1992.

42. Castaño Barroeta, C. Programa para la Coordinación de la Atención Geriátrica en el Area Sanitaria de Gijón. H.C.R. Gijón 1993.
43. Kanter, J. Clinical Case Management: Definición. Principios y componentes. H.G.C.P. 4. 1989.
44. N. Morris, John y cols. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes Teh Geronthologist.
45. Villazon González, Julia. Experiencia de Coordinación entre Equipo de Atención Primaria y Servicio Social Municipal de Parres (Arriondas). Rev. Salud-Servicios Sociales.
46. Dirección Provincial del INSERSO. Memoria del INSERSO. 1990.
47. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema Público de Protección Social de Servicios Sociales. Sección de Sistemas de Información y Evaluación. Inédito. Oviedo, 1993.
48. Bachrach, L. Overview: model programs of chronic mental patients. Am.J of Psychiatry. 137:9, sep. 1980.

49. Bacharch, L. Continuity of care for Chronic Mental Patients: A Conceptual Analysis. *A; J. H of Psychiatry*, 138: II, November 1981,
50. Bachrach, L. Case management revisited. *Hosp. Hosp.-Com. Psychiatri.* 43/3 (209-210) 1992.
51. Bachrach, L. Young-Adult chronic patients: an analytical review of the literatura. *Hospital and Community Psychiatry*. Vol. 33, num. 3 March 1982.
52. Bachrach, L. Asylum and chronically ill psychiatric patients. *AM. J. Psychiatry*. 141/8, August 1984.
53. Bachrach, L. "Psychosocial rehabilitation and Psychiatry in the care of long-term patients". *AM.J. of Psychiatry*. 149: 11, Nov. 1992.
54. Barbato, A; Terzian, E; Saraceno, B; Montero-Barquero, F. "Patterns of aftercare for psychiatric patients discharged after short inpatient treatment. An Italian collaborative study". *Soc. Psychiatry-Epidem.* 27/1 (46-52) 1992.
55. Bush, C.T; Langford, M.W; Rosen, P; Gott, V. Operation outreach: Intensive case management for severely psychiatrically disabled adults. *H.C. Psychiatry*. 41/6 (647-649) 1990.

56. Corin E., Lauzon G.: Realités et mirages: Les espaces psychiaques et sociaux de réinsertion. Santé Mentale on Adultes XIII, 1, 69-86; 1988.
57. Curtis, J.L; Millman, E.J; Struening, E; D'ercole,A. Effect of case management on rehospitalization and utilization of ambulatory care services. H.C. Psychiatry. 43/9 (895-899) 1992.
58. Duro, J.C; Melendo, J; Fernández; F. Continuidad de cuidados y relaciones interinstitucionales. Madrid. 1989.
59. Fernández Liria; García Rojo, M.I. Los programas de Case Management. Conceptos básicos y Aplicabilidad. REv. AEN. (10) 32 (65-75) 1990.
60. Fuller Torrey, E. Continous treatment teams in the care of the chronic mentally ill. H.C. Psychiatry. Vol. 37, núm. 12. 1986.
61. García González, J. Epistemología y atención continuada.
62. García González, J. Fundamentos y medidas operativas en rehabilitación. Ponencia X Jornadas Nacionales de la AEN. Segovia 1991.
63. Huxley, P.; Warner, R. Case management, quality of life, and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. Hosp. Com. Psychiatry. 43/8 (799-802) 1992.

64. Kanter, J. Clinical case mangement: definition, principles and components. H.C. Psychiatry. 40/4. 1989.
65. Lamb, R. Goertzel, V.. The long-term patient in the une of community tratment. Arch. Gen. Psyuchiatry. Vol. 34. 1977.
66. Nikkel, R; Smith, G; Edwards, D. A consumer-operted case mangement project. H. C. Psychiatry. 43/6 (577-582) 1992.
67. Phyllis, S. The officacy of case management services for severely mentally disabled clients. C.H. Psichiatty. 28/3, 1992.
68. Rotelli, F; Leonidas, O; Mauri, D. Desinstitucionalización: Otra vía (La reforma Psiquiátrica). Rev. AEN. 7 (21) (165-187) 1987.
69. Sherman, P.S; Porter, R. Mental healht consumers as case management aides. H. C. Psychiatry. 42/5 (494-498) 1991
70. Wing, J; Morris, B. Clinical baseis of rehabilitation. In hadbook of Psychiatry rehabilitation practica. Ed. by Wing, J; Morris, B. Oxford University Press. 1981.