

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EXTREMADURA. MÁS ALLÁ DE LA CRONICIDAD.

MANUEL CID GALA
MIGUEL SIMÓN EXPÓSITO

Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD).
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

BEATRIZ MARTÍN MORGADO
MANUELA RUBIO GONZÁLEZ

Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud.
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

SUMARIO

1. BREVE INTRODUCCIÓN.
2. LOS ORÍGENES.
3. DÓNDE ESTAMOS. COORDINACIÓN TANGIBLE.
4. MÁS ALLÁ DE LA CRONICIDAD. CONCLUSIÓN.
5. REFERENCIAS.

PALABRAS CLAVE

Plan Marco; recursos sociosanitarios; estructuras de coordinación sociosanitaria; deterioro cognitivo; salud mental; Extremadura.

RESUMEN

En el año 2003, Extremadura apostó firmemente por la convergencia de la atención a la enfermedad y la atención a las necesidades generadas por situaciones de dependencia, con un compromiso político que resultó en el Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura 2005-2010. El Plan Marco facilitó la definición de un escenario de coordinación en el que la atención sanitaria y la atención social trabajaran de manera efectiva y eficiente y permitió la creación de estructuras de coordinación sociosanitaria en diversos niveles de atención. Este artículo recoge los elementos (tangibles) que conforman el marco de atención integrada en Extremadura y las distintas experiencias y programas actualmente en marcha en esta Comunidad.

KEYWORDS

Framework Plan; social and health resources; social and health coordination structures; cognitive impairment; mental health; Extremadura.

ABSTRACT

In 2003, Extremadura strongly supported the convergence of care for illness and attention to the needs generated by situations of dependency, with a political commitment that resulted in the Framework Plan for Public Health Care in Extremadura 2005-2010. The Framework Plan facilitated the definition of a coordination scenario in which health care and social care worked effectively and efficiently and allowed the creation of social and health coordination structures at various levels of care. This article outlines the (tangible) elements that make up the framework of integrated care in Extremadura and the different experiences and programmes currently in progress in this Community.

1. BREVE INTRODUCCIÓN.

En el año 2003, Extremadura, apostó firmemente por la atención sociosanitaria creando una Dirección General con ese nombre en la estructura del Servicio Extremeño de Salud. Fue quizá el primer compromiso tangible para la convergencia de atención a la enfermedad y la atención a las necesidades generadas por situaciones de dependencia desde los gestores políticos. El objetivo fue dar valor y poder situar de una vez por todas este concepto, tanto en el entorno sanitario como en el social, con todo lo que ello implicaba de cambios organizativos.

La coordinación sociosanitaria en Extremadura, hasta esa fecha, al igual que en muchas otras partes del Estado español, ya existía en mayor o menor medida, pero no de una manera orientada a unos objetivos claros, sino producto de la buena voluntad y motivación profesional y sin que supusiera un elemento de definición básico para la intervención comunitaria.

Consecuencia de lo anterior se definió el Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010, que ha facilitado la definición de un escenario de coordinación en el que la atención sanitaria y la atención social trabajaran de manera efectiva y eficiente, y dentro unos perfiles de atención específicos.

Entre otras cosas, se crearon estructuras de coordinación sociosanitaria en diversos niveles de atención que consiguieron que no naciera por falta de celo, o por exceso del mismo, un tercer espacio de atención. Para ello argumentamos que, si ya existía una estructura y programas suficientes en la sanidad y en la aten-

ción social, para qué crear algo nuevo llamado “sociosanitario”. Lo que en realidad había que definir era cómo esas dos estructuras se ponían en contacto, en relación, y cómo conseguían aproximarse al objetivo común de atender las necesidades de salud y de ayuda del ciudadano. Otros importantes avances llegaron después a reforzar tanto el convencimiento como la necesidad de esta planificación: la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia y la decisión de concentrar en una misma Consejería las competencias sanitarias y de atención a la dependencia.

Introducida la cuestión este artículo pretende ofrecer una foto con los elementos que conforman el marco de atención integrada en Extremadura, para después efectuar un breve recorrido por las distintas experiencias y programas actualmente en marcha y que fundamentan la atención sociosanitaria en esta Comunidad.

2. LOS ORÍGENES.

Hoy día parece existir un cierto consenso en que la atención sociosanitaria está asociada a los cuidados de larga duración de las personas que presentan dependencia y enfermedades crónicas y que por ello, requieren apoyo para la realización de sus actividades de la vida diaria y cuidados sanitarios más o menos intensos o continuados.

El abordaje de dichas necesidades requiere la organización de una serie de redes de atención y de estructuras de coordinación que superen la tradicional división y organización de los sistemas sociales y sanitarios tradicionales. Sin embargo, en el año 2003, el sistema sanitario no sólo en nuestra región, sino en el conjunto

de las Comunidades Autónomas, se caracterizaba por una alta capacidad de resolución de la enfermedad aguda, organizando sus prestaciones en torno a la atención ambulatoria y la hospitalización de corta duración, pero con ausencia de cobertura de las necesidades generadas por la atención y los cuidados sanitarios de larga duración.

Por su parte, las prestaciones sociales se organizaban en ese momento en torno a dos colectivos exclusivamente: discapacidad y personas mayores. Es decir, sólo se presta atención a las necesidades de apoyo, fundamentalmente residencial y de día, que presentan las personas mayores y aquellas que están en posesión de un certificado de discapacidad. En esencia y ahí radica aún una de las dificultades esenciales de la construcción de una adecuada atención sociosanitaria, **no existe un sistema social como tal, entendido como universal y accesible**, con independencia de la edad o la causa de la dependencia y organizado de manera transversal.

Por último, las redes de atención están descoordinadas e inconexas, sin perjuicio de que la propia actividad asistencial de los profesionales requiere. No había estructuras ni procesos definidos de atención.

Más allá de los aspectos organizativos, esta situación repercutía no sólo en las dificultades de coordinación de las redes, sino en la propia carencia de servicios para determinadas situaciones: atención hospitalaria de larga duración para necesidades cuidados prolongados e intensos, atención residencial a menores de 55 años, dificultades para la rehabilitación de patologías crónicas, ausencia de servicios de apoyo y cuidados a personas dependientes sin

discapacidad, entre otras. Además, estas carencias acaban repercutiendo en la ineficiente atención que se prestaba a determinadas situaciones en ambos sistemas: ingresos o estancias inadecuadas por carencia de red social de apoyo, en el caso del sistema sanitario, o carencias en el abordaje de la enfermedad en el caso de los servicios residenciales de personas mayores, por citar sólo dos ejemplos.

Sin embargo, varios elementos confluyeron para intentar superar ese escenario :

- **La publicación de la Ley 16/2003**, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que define en su artículo 14, la atención socio-sanitaria dentro del sistema sanitario. Abre el camino al desarrollo de un sistema que supere la atención curativa e incorpore de manera progresiva las prestaciones destinadas a la curación y la rehabilitación de las patologías crónicas.
- **La creación del Servicio Extremeño de Salud [SES]** en el año 2002, una vez recibidas las transferencias sanitarias, abre un espacio de diseño y puesta en marcha de un nuevo modelo sanitario propio en el marco del Sistema Nacional de Salud. Este modelo nace caracterizado por la unificación de los niveles sanitarios en una estructura de Gestión de Área Única que integra no sólo la atención primaria y la especializada, sino también la salud pública. Este concepto de la atención sanitaria lleva también a la integración y desarrollo dentro del propio SES de programas transversales que pretenden ser integrales, por cuanto prestan atención a las necesidades sanitarias y sociales de las personas. Cabe citar la integración de la red de drogodependencias, el desarrollo de la atención social y

sanitaria a los trastornos mentales graves o la puesta en marcha del programa regional de cuidados paliativos.

- Este nuevo concepto de atención sanitaria que se gesta en el SES, lleva a la creación de la **Dirección General de Atención Sociosanitaria** que potencia e integra dentro del propio sistema sanitario, los programas de atención que incorporan prestaciones sociales y sanitarias.

- Por su parte, las prestaciones destinadas a la atención a la dependencia [ubicadas entonces en la desaparecida Consejería de Bienestar Social] reciben un impulso definitivo con el inicio de los **trabajos previos a la promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia**. Ello lleva a un replanteamiento de dichas prestaciones, que necesitan organizar su atención para incorporar de manera progresiva la atención a todas las necesidades de dependencia de los ciudadanos con independencia de su edad, patología previa o ubicación territorial: la construcción de un sistema público de atención.

En este contexto organizativo, la Dirección General de Atención Sociosanitaria del SES y la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Bienestar Social, inician los trabajos de elaboración del Plan Marco de Atención Socio-Sanitaria.

El Plan Marco de Atención Sociosanitaria. Contenidos y significación.

El objetivo fundamental del Plan era desarrollar un Marco de Atención, por lo que iba más

allá de la mera enunciación de prestaciones dirigidas a determinados colectivos. Por ello, era fundamental elaborar de manera previa un modelo de atención que permitiera el desarrollo posterior de los programas que pudieran integrarse en él. Trasladar esta idea al escenario descrito implicó responder tres preguntas fundamentales:

- Partiendo de las necesidades de las personas, ¿qué prestaciones debe ofrecer el sistema público para la atención a las necesidades sociales y sanitarias de los ciudadanos cuando estas son coincidentes, sinérgicas e intensas?
- Desde el punto de vista de la gestión ¿quién debe dispensarlas y por tanto, financiarlas, el sistema social o el sanitario?
- Desde el ámbito organizativo, ¿cómo integrarlas en nuestros sistemas actuales y organizar un sistema articulado y coordinado como garantía de la continuidad de cuidados entre ambos sistemas?

Las alternativas eran varias:

- La creación de un nuevo espacio sociosanitario que abarcara las necesidades de atención y cuidados descritas, independientemente de los sistemas social y sanitario.
- Incluir la atención sociosanitaria como elemento de gestión en alguno de los 2 sistemas actuales: el social o el sanitario. En ese sentido, ya existía la propia Dirección General de Atención Sociosanitaria en el sistema sanitario.
- Definir claramente las competencias de cada espacio, desarrollar las prestaciones y

los servicios en cada caso, tratando de cubrir todo el espectro de necesidades y establecer mecanismos de coordinación.

El Plan Marco de Atención Sociosanitaria optó por la tercera alternativa como garantía de desarrollo de los dos sistemas y máxima integración de las prestaciones y servicios en ambos. Por ello planteó para su desarrollo de manera secuenciada lo siguiente:

1. **El análisis de las necesidades de las personas según tres ejes básicos:** la intensidad y duración de las necesidades propias de la enfermedad, el grado de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria y el estado de la red social de apoyo.

2. El acuerdo previo para que el sistema sanitario asegurase las prestaciones de atención a la enfermedad y el social a la dependencia.

3. **El establecimiento de servicios y prestaciones** destinados a la cobertura de las necesidades detectadas.

4. La asignación al sistema social y al sanitario de cada uno de los servicios establecidos, asegurando la cobertura máxima de las necesidades y evitando los espacios de indefinición.

5. El desarrollo de los mecanismos que asegurasen la continuidad asistencial entre ambos sistemas. Para ello se planteó:

- **El diseño de procesos de atención intersectoriales** destinados a procesos de salud y grupos de población más subsidiarios de

recibir prestaciones sociales y sanitarias de manera conjunta, no sólo las necesidades de atención a la enfermedad y la dependencia, sino la propia integración social.

- **La reorganización de los mapas sanitarios y sociales**, para hacerlos coincidentes en el territorio y asegurar tanto la planificación conjunta, como la propia gestión.

- **La continuidad de los sistemas de información**, como soporte de la continuidad de la atención y los cuidados. Hay que tener en cuenta que en ese momento el SES está desarrollando el Programa "Jara", pionero en España en la integración a nivel de Servicio de Salud, entre la Atención Primaria y la Especializada. Por ello, el primer reto es, sin duda, el desarrollo de un sistema de información en el ámbito social.

- El diseño y puesta en marcha de los mecanismos y **estructuras estables de coordinación** en los tres niveles: central, de Área de Salud y de zona básica de salud.

Se trataba de configurar el marco más eficiente y eficaz para:

- **Conseguir la máxima accesibilidad**, sujeta a la sostenibilidad y eficiencia en el desarrollo de recursos, sin perder de vista que la atención de los ciudadanos ha de tender a que se produzca en su medio, propiciando la atención comunitaria y evitando tanto la institucionalización como un desarrollo de recursos centralista en perjuicio de las poblaciones periféricas.

- **Garantizar la prestación de servicios** desde el diseño intersectorial de procesos asistenciales contando con la participación técnica y dirección asistencial por procesos y programas de atención, coordinados en su diseño y

evaluados continuamente en su cumplimiento desde el nivel central, para ser ejecutados conforme a protocolos comunes adaptados en los diferentes puntos de la región.

Coherente con lo planteado, en el año 2008 desaparece la Dirección General de Atención Sociosanitaria del SES, se crea la Consejería de Sanidad y Dependencia y en el seno de ella, el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia [SEPAD], como Ente encargado del desarrollo de las políticas de atención a la dependencia, en el marco del sistema de servicios sociales y en coordinación con el Servicio Extremeño de Salud.

Coordinación y estructuras.

Una de las respuestas organizativas de mayor peso del Plan ha sido la creación de nuevas estructuras de coordinación en los distintos niveles requeridos.

- Comisión Sociosanitaria Comunitaria. Constituida como el primer nivel de la coordinación sociosanitaria. Responsable de garantizar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales en el entorno inmediato del ciudadano. Dicha estructura la componen profesionales de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de los Servicios de Atención Social Básica. Son los encargados de evaluar la situación de cada paciente/usuario así como de definir su plan individual de cuidados. Su funcionamiento se establece en una Guía de Funcionamiento que fue elaborada por los mismos profesionales implicados y concebida como un instrumento de apoyo y de trabajo.

- Comisión Sociosanitaria de Área. Es la responsable de la evaluación de las experiencias,

diseño de instrumentos de evaluación y aspectos generales de la coordinación sociosanitaria en el ámbito geográfico y poblacional del Área de Salud. Es la que evalúa procesos y acciones de coordinación sociosanitaria para elevar necesidades y problemas a la Comisión de Asuntos Sociosanitarios, desde la que se propone y aprueban las medidas que se estimen pertinentes. Está compuesta por los Gerentes de las Áreas de los sistema de Salud y del Sistema de Atención a la Dependencia y por 2 profesionales de cada Gerencia.

- Comisión de Asuntos Sociosanitarios. Es el órgano interdepartamental adscrito a las consejerías competentes en materia de atención sociosanitaria [Consejería de Sanidad y Políticas Sociales], impulsor y dinamizador de la coordinación y organización del sistema integral de cuidados continuados en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Es la responsable de la supervisión constante del funcionamiento de las estructuras de coordinación sociosanitaria, garantizando la equidad en el acceso y prestaciones de servicios al conjunto de la población susceptible de atención sociosanitaria. Está compuesta por los Directores Generales autonómicos competentes en materia de asistencia sanitaria y atención a la dependencia, por los Jefes de los Servicios de Programas y procesos de los dos ámbitos, y por dos representantes de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud y del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

AL INICIO DE 2005		AL INICIO DE 2009
Consejería Sanidad y Consumo	Consejería Bienestar Social	Consejería Sanidad y Dependencia: - Servicio Extremeño de Salud [SES] - Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD)
Comisión de Seguimiento		Desaparece
Comisión Permanente Intersectorial		Comisión de Asuntos Sociosanitarios
Comisión Sociosanitaria de Zona		Comisión Sociosanitaria de Área
Comisión Comunitaria		Comisión Comunitaria

Composición de las comisiones de coordinación sociosanitaria.

COMISIÓN	AYUNTAMIENTOS	CONSEJERIA SANIDAD Y POLÍTICAS SOCIALES	
		SEPAD	SES
COMUNITARIA	Atención Social Básica (trabajador social)		Enfermera y Trabajador Social
DE ÁREA		Gerentes Territoriales	Gerentes de las Áreas de Salud
DE ASUNTOS SOCIOSANITARIOS		Dirección Gerencia Promoción Aut. y At. a la Dependencia	Dirección Gral. Asistencia Sanitaria

3. DÓNDE ESTAMOS. COORDINACIÓN TANGIBLE.

Quizá, la ausencia de consenso a nivel nacional sobre el modelo de atención cuando se dan necesidades conjuntas, fomenta la aparición de abordajes locales que ayudan a considerar la complejidad del asunto. Pasar a lo tangible, a lo concreto, y desde ahí a lo global, ocasiona que lo anteriormente comentado sobre gestión por procesos intersectoriales coordinados a nivel central, basados en protocolos comunes y consensuados, sea una alternativa que en nuestra comunidad está dando resultados. De ello trata este punto:

3.1. Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura [PIDEX].

Comprende la atención a tres ámbitos de la afección neurocognitiva: las demencias degenerativas, el daño cerebral sobrevenido y los déficits cognitivos en la infancia. Este trabajo define una cartera de servicios y sobre todo un modelo de funcionamiento coordinado, integrado e integral. En estos momentos la primera parte del plan referida a demencias degenerativas es la que está implantada y la segunda parte definida y consensuada. Sus pilares básicos hacen referencia a una actuación paralela y seriada en los dos sistemas de atención,

donde el diagnóstico, seguimiento y tratamiento clínico especializado y de calidad es realizado por un equipo de demencias formado por un médico especialista en Neurología y un psicólogo especialista en Neuropsicología, siendo la medicina de primaria fundamental en la detección y seguimiento, y la responsable sanitaria primera y última del paciente. La necesidad de ayuda ocasionada por la dependencia generada es atendida desde el ámbito de lo social, llevando el “peso” de la atención continuada —preferentemente ambulatoria— de las personas con demencia y sus cuidadores.

En su implantación se optimizaron recursos ya existentes como las consultas de neurología con 6 psicólogos especialistas en neuropsicología [formando las Consultas Especializadas en Deterioro Cognitivo CEDEC], y se crearon otros, como los 27 servicios públicos de rehabilitación neurocognitiva llevados por terapeutas ocupacionales y vinculados a dichas consultas. Actualmente dichos servicios se encuentran accesibles a la población en centros de salud de atención primaria y ejecutan 39.200 sesiones de estimulación cognitiva anuales a pacientes con diagnóstico de demencia degenerativa que así lo tienen prescrito desde las CEDEC. De igual forma se ven pacientes con daño cerebral sobrevenido cuando la esfera cognitiva de la persona es la afectada y cuyo pronóstico de rehabilitación así lo indique.

3.2. Plan de Salud Mental de Extremadura.

El Plan Marco da un impulso importante a las actuaciones que ya se venían desarrollando para crear una red de atención social y sanitaria a las personas con trastornos mentales graves que permitiera superar el modelo de atención centrado en los Hospitales Psiquiátricos. No en

vano, la cobertura de las múltiples necesidades de este tipo de pacientes es considerada por muchos como el paradigma de la atención socio sanitaria, por la intensidad y amplitud de servicios de ambos tipos que requiere.

Esta red se diseña desde el sistema sanitario, pero se articula desde el principio con servicios sanitarios destinados a la atención prolongada (Unidades de Media estancia y de Rehabilitación Hospitalaria) y la rehabilitación (Centros de Rehabilitación Psicosocial) y con servicios de atención a las situaciones de dependencia (Centros Residenciales, Pisos, Programas de Integración Social y Laboral). Se crean también las estructuras de coordinación (Comisiones de Salud Mental de Área, Coordinadores de Salud Mental) y se articulan de manera intersectorial los procesos más prevalentes, como el programa de Trastornos Mentales Graves y de Patología Dual, entre otros. A este sistema organizativo se le otorga rango normativo a través del Decreto 29/2006 de 16 de mayo.

3.3. Recursos asistenciales de atención socio sanitaria.

La complementariedad entre los sistemas de protección social y sanitario en la atención a la dependencia y la enfermedad crónica, se configuró desde el inicio con nuevos recursos que dieran cobertura a las necesidades de atención socio sanitaria, independientemente de los ya creados en cada proceso asistencial definido. Se contemplaron tres tipos básicos de recursos residenciales y asistenciales de larga duración en función de la intensidad y la continuidad de los cuidados. Dos de ellos resultaron muy novedosos en nuestra comunidad Autónoma y un tercero, ya existía en el catálogo de servicios sociales especializados para mayores:

- Unidades de Cuidados Sanitarios Intensos y continuados. Destinados a personas que requieren cuidados sanitarios continuos e intensos, no curativos, y/o en situación de alto nivel de sufrimiento que necesitan cuidados complejos para el alivio sintomático. Son los denominados tipo 1 [T1]. En la actualidad existen 40 camas.
- Unidades de Atención sanitaria continuada a personas dependientes que requieren cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos. Dirigidas a personas altamente dependientes y que necesitan cuidados o supervisión prolongada dentro de un contexto sanitario. Son los denominados tipo 2 [T2]. En total 150 camas.
- Centros de Atención a la Dependencia. Destinados a personas que requieren de recursos residenciales de atención y rehabilitación de la dependencia. Son los denominados tipo 3 [T3]. Existen 778 camas.

A estos recursos se accede directamente desde el entorno hospitalario, la atención primaria de salud o, una vez valorada la solicitud, desde los servicios de atención social básica.

3.4. Tratamientos Anticoagulantes Orales.

Los desórdenes en los factores de coagulación de la sangre suelen ser habituales en personas mayores. Dichos eventos pueden producir infartos de miocardio, cerebrales o formación de coágulos en vasos o corazón. El tratamiento anticoagulante ha de ser seguido cuidadosamente y los equipos médicos de los centros residenciales han de tener las herramientas necesarias que le permitan seguir los tratamientos y detectar los cambios.

Dada la alta prevalencia de estos trastornos en centros residenciales, el SES [a través del Banco de Sangre] y el SEPAD, definieron una estrategia de implantación de los medios necesarios para dotar de mayor comodidad y seguridad los tratamientos anticoagulantes orales en personas que residen en centros residenciales. Así, a los médicos de los centros residenciales públicos del SEPAD, se les dotó de medios materiales [coagulómetro, tiras reactivas] y sistema de información [acceso a la aplicación TAONET para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con este tipo de tratamientos y que permite conectar la atención primaria de salud con la atención especializada -hematología-]. A fecha de hoy este programa funciona en 22 centros residenciales del SEPAD y en los centros privados con camas concertadas [T1, T2 y T3].

3.5. Elaboración de una guía farmacoterapéutica para centros residenciales para personas mayores dependientes.

El número de personas mayores con varias enfermedades crónicas en centros residenciales es mucho mayor que en la población que reside en sus domicilios. De igual forma, la presencia de muchas enfermedades crónicas en una persona [diabetes, hiper o hipotiroidismo, insuficiencia cardiaca, etc.] modifican por sí mismas la respuesta a los fármacos y suelen ir acompañadas de polimedicación con lo que esto puede suponer en el incremento de reacciones adversas e interacciones. Con el fin de optimizar la atención farmacéutica en estos centros se definió en 2007 una Guía Farmacoterapéutica que supuso, y supone, mejoras tanto en el suministro de fármacos [gasto] como en el seguimiento farmacoterapéutico de los usuarios.

3.6. Formación reglada para la atención integrada y la coordinación intersectorial.

- **Dolor crónico.** Se realizaron dos ediciones para trabajadores de centros residenciales del SEPAD [Médicos, Enfermeros Auxiliares, Fisioterapeutas,...] durante los años 2010 y 2011. Se formó a 400 profesionales.
- **Formación en cuidados paliativos** a los profesionales de centros residenciales y concertados con camas concertadas con alta intensidad de cuidados sanitarios [T1], para que puedan abordar situaciones al final de la vida de baja complejidad.
- **Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión.** Dirigido a toda la enfermería de atención primaria, hospitalaria y centros residenciales.

3.7. Telemedicina en centros residenciales para personas dependientes.

La telemedicina considerada como un instrumento de comunicación que acerca profesionales y, profesionales y pacientes, es una infraestructura muy adecuada en territorios con población dispersa. Desde esta óptica se inició en 2010 el uso de esta tecnología con el fin de facilitar la coordinación entre profesionales y, sobre todo, evitar la movilización innecesaria a centros hospitalarios de personas con enfermedad avanzada que residen en centros residenciales. Se inició en un centro público residencial para demencias solamente con consultas semanales de neurología y actualmente se lleva a cabo en seis centros más de la red de atención del SEPAD. Las especialidades se han ampliado a psiquiatría, endocrinología y nutrición. Hasta el momento se han realizado casi 500 telecon-

sultas en neurología [consulta semanal] y 250 en nutrición y endocrinología [consulta quincenal]. El coste oportunidad en 2 años en los conceptos de transporte y recursos humanos se ha tasado en 153.200 euros. Aunque no se puede cuantificar lo que esta medida supone para la mejora en la calidad de la atención prestada sí se constata que: permite planificar mejor los ingresos hospitalarios; mejora la accesibilidad a la atención especializada a personas que son cuidadas en centros residenciales; evita desplazamientos innecesarios; y facilita la coordinación entre niveles asistenciales.

3.8. Guía Extremeña de Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión [UPP].

En 2009 la enfermería de atención hospitalaria y atención primaria del SES y la enfermería de los centros residenciales del SEPAD, consensuaron un protocolo de actuación en la prevención, valoración, tratamiento y seguimiento de las UPP. El objetivo de garantizar el mismo tipo de cuidados independientemente del lugar de residencia del paciente se consideró una premisa fundamental para la prevención de la incidencia de las UPP.

3.9. El Ejercicio te Cuida.

En coordinación con la Universidad de Extremadura, la extinta Consejería de los Jóvenes y el Deporte, el SEPAD y el SES, se implantó en 2006 un programa novedoso entonces en la planificación de salud pública, dirigido a la promoción del ejercicio físico y a la prevención de enfermedades cardiovasculares en personas mayores. El equipo de atención primaria remitía a las personas mayores con obesidad, colesterol, diabetes o ansiedad/depresión moderada a un licenciado en Ciencias del Deporte

contratado específicamente y situado en un centro de mayores del SEPAD. Periódicamente evaluaba y aconsejaba [nivel de capacidad funcional, salud relacionada con la calidad de vida, parámetros de salud, etc.] y posteriormente les ofrecía el programa de ejercicio de 2 a 4 días a la semana basado en caminar y realizar ejercicios amenos en grupo.

Los resultados de la última evaluación realizada fueron muy importantes en términos de ahorro al sistema:

- Reducción en un 29% de las consultas médicas.
- Reducción del 14% de dolores osteoarticulares y musculares por mejora de flexibilidad y movilidad.
- Reducción del 25% de las caídas [mejora equilibrio 9%].
- Reducción del consumo de medicamentos vinculados a hipertensión, ansiedad y depresión.

Actualmente este programa continúa dependiendo de los Ayuntamientos como un servicio municipal donde la actividad física es el objeto principal del programa.

3.10. Atención a la dependencia al final de la vida.

Por cuidados paliativos entendemos aquellos que mejoran la calidad de vida del paciente y sus familias, frente a situaciones de enfermedad avanzada y terminal, a través de la prevención, el alivio del sufrimiento, la evaluación impecable y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. SES y SEPAD acuerdan definir un modo de funcionamiento específico para estas “características” especiales de atención, siempre y cuando se requiera del acceso a un servicio o

prestación contemplado en el catálogo del sistema de atención a la dependencia. Se trata de ofrecer una respuesta rápida y eficaz al final de la vida en forma de recursos y prestaciones específicas de apoyo.

3.11. Derivaciones entre pediatría de atención primaria y los tratamientos de atención temprana.

La atención temprana es un conjunto de intervenciones dirigidas a la población de 0 a 6 años y su entorno que por causa de trastornos del desarrollo manifiestan necesidades especiales de atención. En Extremadura estas prestaciones públicas las ofrece el SEPAD en sus 2 Centros de Atención a la Discapacidad [CADEX] y las entidades del tercer sector a través del concierto de plazas según el Marco de Atención a la Discapacidad [MADEX]. La pediatría de atención primaria y los servicios especializados de neuropediatría y neonatología son los profesionales sanitarios implicados en la detección y el diagnóstico de los trastornos del desarrollo, y los responsables de la “derivación” a los tratamientos de atención temprana. El SEPAD delimita el acceso y la asignación de las prestaciones. Actualmente se está revisando el modelo de funcionamiento, los criterios de inclusión y la continuidad de los tratamientos [habilitación funcional].

3.12. Acceso al sistema de información sanitario [JARA] a profesionales sanitarios en centros de atención a la dependencia.

Centros públicos del SEPAD ofrecen una serie de prestaciones y servicios que requieren de la información sobre el estado de salud de las personas. El SES recoge esta información sanitaria y salvaguarda los datos de los usuarios

en un único sistema de información global llamado JARA, tanto para la atención primaria como para la especializada. Diagnósticos, tratamientos, seguimientos, especialidades, ingresos hospitalarios, etc. son datos que el sistema de dependencia necesita para ofrecer “sus” cuidados. El acceso a esta información se está ofreciendo en distinta medida a médicos y otros profesionales sanitarios de los distintos tipos de centros de atención públicos del SEPAD [mayores, deterioro cognitivo, trastorno mental grave, discapacidad] y según la funcionalidad profesional de cada uno de ellos.

3.13. Estrategia de atención a la cronicidad.

Atención continuada y enfermedad crónica van de la mano en el contexto de la salud. De esto no hay duda, pero el total de la atención socio sanitaria no se refiere a la atención a la cronicidad. Por este motivo, con el modelo de atención existente en nuestra comunidad se está redefiniendo lo que la atención a las enfermedades crónicas requiere del sistema integral de cuidados. Actualmente son 3 líneas estratégicas las que marcan esta actuación en este sentido: La promoción de la salud y prevención de la enfermedad crónica, la atención al paciente con enfermedad crónica y la atención al paciente con enfermedad crónica compleja.

3.14. Neurorehabilitación en daño cerebral sobrevenido [DCS] y atención a la dependencia.

Las personas con daño cerebral sobrevenido son atendidas en primera instancia por el sistema sanitario. Una vez identificado, filiado y estabilizado el DCS se inician los procedimientos de atención orientados a la recuperación física,

cognitiva y psicosocial, y de forma paralela y coordinada, las actuaciones relacionadas con la atención a la dependencia. La segunda parte del PIDEX define la atención integrada al DCS en Extremadura. La definición de este proceso, entre otras cosas [no se puede obviar la importancia de las fases de emergencias y atención aguda en el DCS], consideró las estancias para la rehabilitación como en uno de los recursos clave para la unión con el sistema de dependencia [tanto ambulatorias como residenciales]. Por ello, se crearon en 2010 sesenta camas públicas específicas de neurorehabilitación [SES] en un centro específico donde la planificación anticipada del alta se efectúa en total coordinación con el sistema de dependencia [SEPAD]. De esta forma, los apoyos requeridos en la fase de deficiencias permanentes [secuelas] estarán disponibles en el momento que se necesitan evitando esperas administrativas.

4. MÁS ALLÁ DE LA CRONICIDAD. CONCLUSIÓN.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publica en el año 2012 la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Previamente, diversas Comunidades Autónomas habían desarrollado líneas de actuación en este sentido, con el objetivo compartido de adaptar el sistema sanitario a la atención integral de las necesidades de carácter crónico que presenta la población, desarrollando actuaciones que garanticen la continuidad de cuidados. Este desarrollo está haciendo posible el diseño de una nueva orientación del sistema sanitario hacia las necesidades que presenta una población que necesita cada vez más, cuidados y atención sanitaria prolongada.

De manera paralela, los esfuerzos para plantear una estrategia similar en el ámbito de la atención sociosanitaria en el conjunto del Estado están fracasando. Esta ausencia hace que en diversos ámbitos se produzca una identificación de las estrategias de cronicidad con las de atención sociosanitaria.

Sin embargo, entendemos que los modelos de atención sociosanitaria planteados en Comunidades como la nuestra van más allá de la puesta en marcha de prestaciones sanitarias destinadas a la atención de personas con enfermedades crónicas. A pesar de que como indicamos, la orientación del sistema sanitario en este sentido es condición indispensable para tener un adecuado sistema sociosanitario, éste debe incorporar además, servicios y prestaciones de atención a la dependencia, apoyo a la red social, estrategias educativas y de integración social y comunitaria. Dichas actuaciones configuran redes de atención integrales pensadas y articuladas en torno a las necesidades de las personas a las que se dirigen y que se enmarcan dentro de lo que se ha venido a denominar Modelos Integrados de Salud. Su desarrollo requiere, además de la orientación del sistema sanitario hacia la cronicidad, la organización de un auténtico Sistema de Servicios Sociales que, partiendo de un adecuado soporte normativo, cuente con una cartera de servicios definida, mecanismos de gestión y planificación, sistemas de información potentes y que avance hacia la cobertura universal y accesible.

Sólo disponiendo de este Sistema, paralelo y complementario al sistema sanitario, podrá asegurarse la adecuada atención integrada que nos demandan las necesidades de los ciudadanos. Sin él, la cobertura seguirá prestándose de manera ineficiente en el sistema sanitario

o en el peor de los casos, en servicios paralelos al mismo y específicamente destinados a la población con problemas crónicos.

5. REFERENCIAS.

Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Simón Expósito, M. Elvira Peña L. Anseán Ramos, A. Cabrera Herrera, A. Plan Integral de Salud Mental de Extremadura. 2007-2012. Junta de Extremadura. 2007.

Castellanos F, Cid Gala M., Duque San Juan Pablo, Zurdo Martín. Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo de Extremadura. 1º parte, Demencias Degenerativas. Junta de Extremadura. 2007.

Borrador Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo de Extremadura. 2º parte, Daño Cerebral Sobvenido. 2011.

Guía Extremeña de Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión [UPP]. Junta de Extremadura. 2009.

Guía Farmacoterapéutica en centros residenciales para personas dependientes. Subdirección de Atención Farmacéutica. Servicio Extremeño de Salud. 2007.

Marco de Atención a la Discapacidad MADEX. Decreto 151/2006 de 31 de julio de 2006.