

# AVANCES EN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

## **NEREA EGUREN ADRIÁN**

Directora General de Planificación, Ordenación e Innovación Social. Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Gobierno del Principado de Asturias.

## **MARÍA CONCEPCIÓN SAAVEDRA RIELO**

Directora General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias.

## PALABRAS CLAVE

*Asturias; Órganos de Coordinación; Equipos de Coordinación Sociosanitaria; Gestión de casos; Unidades de Convalecencia.*

## RESUMEN

*En Noviembre de 2016, el Gobierno del Principado de Asturias colocó la coordinación y complementariedad entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario como una prioridad de su agenda política. La publicación del Decreto 70/2016 ha supuesto la creación de estructuras de planificación y coordinación, la formulación de un Plan de Coordinación Sociosanitaria así como la puesta en marcha de diferentes procesos, actuaciones y dispositivos, con el foco en una serie de colectivos diana.*

## KEYWORDS

*Asturias; Coordination Bodies; Health and Social Care Coordination Teams; Case management; Convalescence Units.*

## ABSTRACT

*In November 2016, the Government of the Principality of Asturias made coordination and complementarity between the social services system and the health system a priority of its political agenda. The publication of Decree 70/2016 has involved the creation of planning and coordination structures, the formulation of a Health and Social Care Coordination Plan and the implementation of different processes, actions and devices, focussing on a series of target groups.*

Tradicionalmente, la organización de la atención a las necesidades de las personas llevadas a cabo desde la Administración, se ha realizado sobre la especialización de dichas necesidades, véase el sistema educativo, el sistema sanitario, el sistema de protección económica (la seguridad social), el sistema de atención social (los servicios sociales). Esta división ha provocado dificultades de coordinación entre los sistemas, lo que lleva en muchas ocasiones a realizar intervenciones fragmentadas que no satisfacen las necesidades integrales de las personas.

Como señala Fernando Fantova en su artículo sobre “Atención integrada, intervención integral e inclusión social” (Fantova, 2017) “la persona es una e indivisible y por eso, en última instancia, la intervención ha de ser integral y centrada en la persona” y para ello, es fundamental **establecer un estrecha colaboración intersectorial** con los departamentos “especializados” en las necesidades de educación, sanidad, cultura, vivienda, garantía de ingresos, urbanismo, justicia, empleo, ocio u otros.

Los sistemas sanitarios y de servicios sociales se han venido desarrollando históricamente en paralelo, de acuerdo con sus regulaciones específicas, resultando escasas y limitadas, tanto en el tiempo como en los recursos, las experiencias de coordinación implementadas al efecto. Sin embargo, las características específicas de la atención sociosanitaria y la búsqueda de la eficiencia de los recursos existentes y los de nueva creación, hacen necesario la creación de estructuras interadministrativas para el desarrollo, seguimiento y evaluación que posibilite la coordinación entre

ambos sistemas.

En este sentido, el Gobierno del Principado de Asturias, tras varios años de trabajos en materia de planificación y con la experiencia aportada por proyectos puntuales, ha puesto en marcha distintos dispositivos de coordinación, tanto en el ámbito de la dirección y planificación como en el de la atención directa a las personas usuarias, a través de la aprobación del **Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias** (Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana, 2016). Una norma que traslada el mensaje de que las actuaciones técnicas, además de estar diseñadas desde el conocimiento científico y el acuerdo profesional, deben contar con el aval político así como con la normativa e instrucciones pertinentes que proporcionen la estabilidad y la cobertura legal necesaria y las hagan posibles.

Los departamentos y administraciones implicadas en este proyecto son la Consejería de Sanidad, la Consejería de Servicios y Derechos Sociales y los ayuntamientos como responsables de los Servicios Sociales municipales. Destacar que el ámbito de actuación administrativa se basa en la coordinación de las estructuras y de los servicios asistenciales ya existentes, y que cuentan con la participación de las redes formales e informales de apoyo a través de los órganos de participación creados a tal efecto, como los Consejos de Salud Locales y de Área, y otros cauces estables de cooperación.

El citado decreto crea tres órganos de coordinación. El primero de ellos, el **Consejo Interdepartamental de coordinación sociosanitaria**, es un órgano directivo, compuesto por Consejeros y Directores Generales de ambos sistemas. Entre sus funciones destacan: establecer los criterios generales de creación, ordenación y coordinación de los recursos sanitarios y sociales orientados a desarrollar una red de asistencia sociosanitaria; aprobar e impulsar las acciones generales necesarias para el desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Coordinación Sociosanitaria y, finalmente, proponer un modelo de financiación de la atención sociosanitaria que garantice la equidad y solidaridad.

El segundo de los órganos, la **Comisión Técnica para la coordinación sociosanitaria**, compuesta por técnicos de ambos sistemas, se ocupa de las siguientes funciones: estudiar las necesidades y proponer acciones y medidas para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria que serán elevadas al Consejo Interdepartamental; proponer la formulación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Coordinación Sociosanitaria; diseñar y proponer protocolos de coordinación y atención sociosanitaria; analizar los casos especialmente complejos, que no hayan podido ser resueltos por los cauces establecidos y, finalmente, desarrollar estrategias de formación, información y evaluación acerca de la coordinación sociosanitaria entre profesionales.

El tercer nivel de la estructura lo componen los **Equipos de Coordinación Sociosanitaria**, que son los dispositivos de

proximidad que garantizan una atención integral a través de una metodología de gestión de caso. Existe un Equipo por cada una de las áreas sociosanitarias, ocho en total, y están compuestos por profesionales multidisciplinares del ámbito social y sanitario, incluida la administración local, cuyo perfil profesional es detallado en la citada norma. Estos equipos se constituyen y desarrollan materializando lo que Fantova señala como *“la integración intersectorial, que en buena medida, tiene que tener base territorial y apoyarse en el encuentro presencial”*.

Sus funciones son varias y comienzan por abordar los casos que por su complejidad precisan de una respuesta conjunta, simultánea o sucesiva por parte de los servicios sociales y sanitarios, para analizarlos en común y adoptar soluciones coordinadas en su ámbito de actuación profesional, con una metodología de trabajo compartida.

En este sentido, hay que destacar que el Decreto, en su artículo 3 referido a Metodologías de Trabajo, señala que *“la atención integral y de continuidad a los distintos perfiles poblacionales que requieren atención coordinada por parte de los ámbitos social y sanitario, se llevará a cabo a través de metodologías de trabajo que permitan garantizar un abordaje integral, multidisciplinar, preventivo y rehabilitador de la persona usuaria y de su entorno tales como la metodología de gestión por procesos y de gestión de casos. A efectos de este decreto, la gestión de caso es una metodología que implica la evaluación de la situación individual de la persona usuaria desde una perspectiva multidisciplinar y la intervención mediadora del profesional para que*

*aquella disponga en cada momento de los recursos más adecuados; puede suponer la implicación de diferentes profesionales de distintos sistemas o niveles de atención coordinada por una figura profesional que es la gestora de caso. A los citados efectos, la gestión de caso es una metodología que busca dar respuesta a las necesidades de la persona mediante su inclusión en los recursos y programas adecuados a su situación en el momento que es sujeto de atención sociosanitaria”.*

Otras funciones de los Equipos son: detectar las necesidades de mejora tanto de procesos como de servicios o recursos en el territorio y elevarlas a la Comisión Técnica; intercambiar conocimientos relativos a los recursos y normas técnicas de ambos sistemas especialmente en relación con las personas en situación de dependencia y/o vulnerabilidad social o en riesgo de padecerla; garantizar una efectiva participación e información de los Consejos de Salud y los Consejos de Servicios Sociales así como con los programas comunitarios de apoyo a las familias de las personas usuarias, a fin de incluirlos en la medida de lo posible en los procesos de coordinación y, finalmente, informar a la Comisión Técnica sobre el desarrollo de sus actividades de coordinación territorial.

Hay que destacar que la presidencia de todas las estructuras es anualmente rotatoria entre el ámbito social y sanitario y en este año 2017 los servicios sociales están liderando la puesta en marcha del proyecto cuya continuación, en el próximo año 2018, corresponderá al servicio sanitario.

Las actuaciones desarrolladas durante este primer año de funcionamiento comenzaron durante el primer trimestre de 2017, con la constitución de los órganos de dirección y planificación así como la puesta en marcha de los ocho Equipos de Coordinación territorial. En abril tuvo lugar un encuentro con los profesionales que integran estas estructuras, cerca de 80, con el fin de establecer estrategias comunes para su desarrollo y durante el mes de noviembre se desarrollarán acciones formativas vinculadas a la gestión de casos sociosanitarios.

El trabajo desarrollado hasta el momento por estos Equipos, que se han dotado de un Reglamento de Funcionamiento Interno, ha partido del conocimiento mutuo de estructuras y actuaciones, identificando, en cada territorio, aquellas cuestiones más urgente y/o significativas de atender, al tiempo que se ha ido precisando un modelo común de intervención y seguimiento de casos.

En definitiva, estas estructuras persiguen ordenar y automatizar, en lo posible, la integración de la atención con el fin de asegurar la continuidad de la misma, a través de *“construir escenarios de atención integrada intersectorial, pues sólo desde un cierto grado de conocimiento y conexión entre profesionales y sistemas es posible detectar y gestionar las trayectorias y necesidades vitales de las personas”.*

En la actualidad, se está trabajando en la elaboración del **Plan de Coordinación Sociosanitaria** y en el diseño de las Unidades de Convalecencia en residencias de personas mayores iniciando un proyecto piloto en el área sociosanitaria V, que incluye

los municipios de Gijón, Oviedo y Carreño, dentro del Centro Polivalente de Recursos para personas mayores, conocido como “La Mixta” de Gijón, en coordinación con el Hospital del Cabueñes de la misma ciudad, y está previsto que pueda iniciar su andadura en los primeros meses de 2018.

Las Unidades de Convalecencia son dispositivos asistenciales temporales, ubicados en el medio residencial, para la atención de personas mayores que tras ingreso hospitalario precisan de un tiempo adicional de recuperación como consecuencia del deterioro asociado a su enfermedad de base. Sus necesidades estarán centradas en los cuidados sanitarios, sobre todo de enfermería, y cuidados personales por su falta de autonomía, con el fin de regresar al entorno habitual en las mejores condiciones. La Unidad contará con 24 camas y la previsión es, una vez validado el modelo, ampliarlo al conjunto de la Comunidad Autónoma.

En lo referido al Plan de Coordinación Sociosanitaria, integra un conjunto de programas, actuaciones y procedimientos técnicos, ordenados en el tiempo, y persigue los siguientes objetivos:

1. Conseguir una atención integral, de calidad, orientada a cada persona sobre la base de procesos continuados y efectivos.
2. Mejorar la eficiencia del sistema de servicios, sobre la base de compartir recursos, coordinación profesional y colaboración interinstitucional.

3. Fomentar la sensibilización, la cualificación profesional y la experiencia en actuaciones de colaboración de los profesionales de las redes públicas social y sanitaria.

4. Establecer un Sistema de Información compartido que facilite el manejo y seguimiento de los usuarios en ambas redes.

El Plan señala las actuaciones necesarias para una adecuada coordinación y complementariedad entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario, evitando que se produzcan situaciones de desamparo temporal y garantizando la continuidad de los cuidados. Su esencia es abordar las necesidades sociosanitarias cuando las demandas de prevención, atención o, en general, intervención correspondientes a los servicios sociales y las correspondientes a los servicios sanitarios se presentan simultáneamente en las mismas personas y entornos, de forma duradera o intensa y próxima o conectada.

En cuanto a la población objeto de actuación del modelo de atención sociosanitaria, el Plan se enmarca en una situación socio-demográfica caracterizada por el envejecimiento de la población, con un 24,4% de la población de Asturias que supera los 65 años y un 8,7% que tiene más de 80 años. Las perspectivas para los próximos años señalan un agravamiento de la situación, con una disminución de la población y un envejecimiento progresivo de la misma.

Dentro de este contexto general, sin ánimo de excluir otros posibles colectivos diana de actuación, el plan se centra en:

1. Personas con enfermedades crónicas con alta dependencia y necesidad de cuidados sociales y sanitarios.
2. Personas con discapacidad asociada a enfermedad mental.
3. Personas con diversidad funcional.
4. Personas en situación de convalecencia de un proceso agudo con discapacidad potencialmente reversible que requieran atención social y sanitaria.
5. Personas con atención de cuidados paliativos con necesidad de cuidados sociales y sanitarios.
6. Personas en situación de riesgo de exclusión social.
7. Menores con necesidades de atención temprana y menores en situación de riesgo o desamparo.
8. Menores con problemas de conducta, comportamiento y trastorno mental.

Así pues, puede decirse que el denominador común entre las diferentes poblaciones o perfiles destinatarios de la atención sociosanitaria es que la necesidad simultánea e intensa de protección y promoción de la salud y la necesidad de ajuste dinámico entre autonomía funcional e integración relacional.

Son cinco las líneas estratégicas que señala el plan y que se describen, brevemente, a continuación:

**Línea 1: Actuaciones en colectivos diána**, ya citados anteriormente, y sobre los que se establecen objetivos en aquellas cuestiones principales como el envejecimiento activo y saludable, la prevención de la dependencia, el establecimiento de protocolos adaptados a personas en riesgo o

situación de exclusión, la atención a personas en final de la vida, favoreciendo la permanencia y la participación de las personas con trastorno mental grave/severo en la vida social, potenciando al máximo su autonomía y la atención a menores tutelados y con problemas de conducta, entre otros.

### **Línea 2: Sistema de Información y Comunicación Sociosanitario.**

Un elemento fundamental para el desarrollo de la coordinación sociosanitaria, es contar con un registro compartido de la información entre ambos sistemas de atención, que permita un trabajo en red. La falta de comunicación entre los servicios sociales y de salud incrementa la descoordinación, duplicar informaciones y gestiones, y alarga los periodos de espera para acceder a los recursos.

Las nuevas tecnologías, constituyen un marco eficaz en el diseño de los sistemas de información sociosanitaria, pues proporcionan una ayuda en funciones tales como la atención, la investigación y la gestión.

En este sentido hay que reconocer el diferente estado evolutivo de la Historia Clínica y la Historia Social. No obstante, el momento de incipiente de esta última permite introducir dentro de su desarrollo un enfoque integrado de ambos sistemas.

### **Línea 3: Actuaciones de Apoyo Interinstitucional entre Servicios Sociales y Sanitarios.**

La evolución que la atención sanitaria y

social está experimentado en los últimos años, exige a todos los protagonistas un indudable esfuerzo de adaptación e integración, a la vez que un apoyo interinstitucional. La complejidad del proceso de atención hace que la necesidad de apoyo cada vez sea mayor en aspectos concretos de la atención tales como:

- atención farmacéutica en centros residenciales públicos de personas dependientes,
- sistemas comunes de aprovisionamiento de materia sanitario y de hostelería,
- sistemas comunes de servicios analíticos y otros dispositivos clínicos.

#### **Línea 4: Sensibilización Profesional, Formación y Transferencia de Conocimiento entre Servicios Sociales y Sanitarios.**

La elaboración del Plan Sociosanitario para Asturias incluye entre sus líneas de actuación la de sensibilizar sobre su existencia y su difusión. Es necesario que los profesionales y el conjunto de la sociedad conozcan la existencia del Plan así como mantener una permanente actualización de la formación y favorecer la gestión del conocimiento de la propia organización. La participación conjunta de profesionales de ambos sistemas, favorece el desarrollo de una cultura organizativa común, al tiempo que permite compartir enfoques y metodologías de trabajo.

#### **Línea 5: Estructuras de Apoyo al Plan.**

Ya descritas al inicio de este artículo pues corresponden a las creadas a través del

Decreto por el que se crean los órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias.

En definitiva, y como síntesis de este proyecto, destacar que Asturias está trabajando sobre las siguientes premisas:

- **Liderazgo político:** el Gobierno del Principado de Asturias ha colocado la asistencia sociosanitaria en las prioridades de la agenda política.
- Avanzar sobre la base de las **organizaciones existentes:** no se trata de crear nuevas estructuras administrativas, sino coordinar y potenciar las ya existentes.
- Analizar las necesidades de la población y definir y establecer **actuaciones concretas.**
- Articular **procesos y dispositivos innovadores** que respondan al modelo de Atención Sociosanitaria.
- **Formar a los profesionales** de ambos sistemas en elementos y culturas comunes de trabajo e intervención.
- **Crear redes** para implantar y extender buenas prácticas existentes.

## REFERENCIAS

Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana. Gobierno del Principado de Asturias (2016) *Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias*. Boletín Oficial del Principado de Asturias, núm. 279 de 1-XII-2016, <https://sede.asturias.es/bopa/2016/12/01/2016-12800.pdf>

Fantova F. (2017) *Atención integrada, intervención integral e inclusión social*, <http://fantova.net/?p=1744>

