

Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia 2013

Lineas estratégicas para el desarrollo de acciones
asistenciales sociosanitarias



Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia

Edita

Xunta de Galicia
Servizo Galego de Saúde
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria
Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial
Servizo de Xestión Sociosanitaria

Autores y coordinadores

M^a Fernanda López Crecente
José Manuel Fernández García
Manuel Arrojo Romero

Colaboradores

Alonso Fachado, Alfonso
Arantón Areosa, Luis
Areñas Gómez, María
Calviño Rodríguez, María del Carmen
Calvo Pérez, Ana
Campello García, Luz
Carreira Expósito, Purificación
Cendón Alonso, Teresa
Cerqueiro Pereira, Sara
Fernández Fernández, Manuel Vidal
Fernández Fraga, Carlos
Gallego Pérez, Miguel
García Cedrón, Montserrat
Gil Leal, María José
Gómez-Reino Rodríguez, Ignacio
Gómez Tato, Isaura
Iglesias Alonso, Rosa
Lanza Gándara, Mercedes
López Triguero, Ángel Ramón
No Sánchez, Juan
Osorio López, Jesús
Paz Costoya, Eugenia
Paz Silva, Eduardo
Pose Reino, Antonio
Prieto González, José María
Rodríguez Carmona, Luis
Rodríguez Vázquez, Purificación

Maquetación y diseño: Difux. S.L.

Desde la Consellería de Sanidad tenemos el desafío de afrontar las consecuencias que el cambio demográfico de la población gallega tiene en la asistencia sanitaria. El incremento en la esperanza de vida que muestra nuestra comunidad en las últimas décadas, supone también un mayor aumento en la cronicidad de las patologías, con una clara repercusión en la capacidad funcional de las personas y en el ámbito familiar.

Para minimizar este impacto en el entorno social de las personas con dependencia, la Consellería de Sanidade y la Consellería de Traballo e Benestar, vienen colaborando conjuntamente para ofrecer servicios, programas y cuidados que ayuden a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos que precisen atención sociosanitaria. De este modo, podemos conseguir una asistencia integral en los cuidados, entendidos como necesidades de cuidados sanitarios y sociales simultáneos, que sólo podremos alcanzar si hacemos realidad el espacio sociosanitario, en la búsqueda de una gestión eficiente, evitando el uso inadecuado y la duplicidad de los recursos y servicios.

Como se menciona en la Estrategia Sergas 2014: la sanidad pública al servicio del paciente, si queremos avanzar en la excelencia del nuevo sistema debemos diseñar una atención sociosanitaria basada en un modelo de atención integral, interdisciplinar y rehabilitador, en el que podamos derivar al usuario al dispositivo más adecuado para su atención, con garantía de una rápida derivación entre recursos en función de los cambios en su situación, y con disponibilidad de servicios suficientemente diversificados y dotados.

El Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia 2013 recoge las líneas estratégicas de asistencia sanitaria en los próximos cuatro años, lo que permitirá planificar y organizar los recursos existentes y las posibles actuaciones conjuntas con los servicios sociales.

Para la elaboración de este plan contamos con más de cuarenta profesionales de ambas consellerías, que transmitieron la realidad del trabajo diario con las personas que presentan, con mayor frecuencia, necesidades sociosanitarias como son los mayores, los discapacitados por enfermedad física, mental o por discapacidad intelectual, así como personas en cuidados paliativos. En todas ellas concurre un motivo médico que suponen una disfunción o discapacidad que limita su autonomía funcional, así como la falta de apoyo social.

Teniendo en cuenta los antedichos criterios médico, funcional y social que definen cada uno de estos perfiles de población, en el documento que presentamos se establecen tres líneas de actuación generales, siete líneas de actuación específicas y veintiocho iniciativas que permitirán alcanzar nuestro objetivo general: proporcionar a los ciudadanos de la comunidad, de manera coordinada, una asistencia integral, personalizada, efectiva y de calidad.

La colaboración entre las dos consellerías permitió identificar los perfiles de las personas susceptibles de la atención sociosanitaria en Galicia, necesario para que la respuesta desde la Administración sea la más adecuada a las necesidades del ciudadano, optimizando los recursos disponibles.

Es nuestra intención que este plan sea un instrumento que facilite el buen hacer diario de los profesionales que trabajan con las personas que simultáneamente pueden presentar necesidades sanitarias y sociales.

Quiero aprovechar la ocasión para mostrar mi agradecimiento a todos aquellos que participaron y colaboraron en la elaboración de este plan, por su dedicación, esfuerzo y generosidad que sin duda repercutirá en el avance de la atención de pacientes y familiares.

Rocío Mosquera Álvarez

Conselleira de Sanidade

ÍNDICE

PRÓLOGO	3
1. INTRODUCCIÓN. CLAVES PARA ELABORAR EL PLAN	7
2. OBJETIVOS	13
3. METODOLOGÍA DE TRABAJO	17
3.1. FASE 1: Experiencias previas y grupos de trabajo	20
3.1.1. Recopilación de información de otros planes y programas.....	20
3.1.2. Programa PASOS en Galicia	23
3.1.3. Grupos de trabajo	23
3.2. FASE 2: Fundamentos estratégicos	24
3.2.1. Análisis DAFO	24
3.2.2. Características sociodemográficas de Galicia	26
3.2.3. Población diana: perfiles de personas en riesgo de necesitar atención sanitaria y social ...	29
3.2.4. Recursos orientados a la atención sociosanitaria en Galicia: centros, servicios, programas ...	38
3.2.5. Uso de los sistemas de información y tecnologías aplicadas al sector sociosanitario....	40
3.2.5.1. Sistemas de información	40
3.2.5.2. Recomendaciones para estudios retrospectivos de casos sociosanitarios.....	42
3.2.5.3. Registro de la información clínica. La historia clínica electrónica (IANUS)	43
3.2.5.4. Recursos tecnológicos e innovación.....	44
3.3. FASE 3: Líneas de actuación y plan de acción	45
3.3.1. Líneas de actuación generales.....	45
3.3.2. Líneas de actuación específicas e iniciativas	46
3.3.3. Indicadores de evaluación y seguimiento	50
3.3.4. Financiación.....	50
3.3.5. Plan de acción: priorización de iniciativas y calendario de actuaciones.....	50
 ANEXOS	
ANEXO I: Iniciativas de las líneas de actuación e indicadores de evaluación y seguimiento	55
ANEXO II: Legislación actual aplicable en el ámbito sociosanitario en Galicia	56
ANEXO III: Referencias legales y documentos de interés.....	57
ANEXO IV: Participantes en los grupos de trabajo.....	60
ANEXO V: Bibliografía	62

1. INTRODUCCIÓN

CLAVES PARA ELABORAR EL PLAN

La experiencia histórica de cada comunidad autónoma en materia sanitaria y social, así como sus características demográficas y su idiosincrasia, han marcado el futuro organizativo de las instituciones de cara a la gestión de la atención sociosanitaria.

Los cuidados específicos asociados a la cronicidad y la dependencia deben ser abordados, o al menos valorados en la atención ofrecida por los servicios sanitarios, mediante la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

Dicha coordinación no suele ser fruto de un análisis electivo por parte de gestores y legisladores sino que en ella influyen la experiencia y el previo desarrollo de las distintas actuaciones en cada territorio.

Las intervenciones que se desarrollen en el campo de la política sociosanitaria deben permitir trabajar de manera integrada con aquellos ciudadanos que presenten necesidades de tipo social y sanitario. Por tanto, el término sociosanitario no sólo debe restringirse a recursos y servicios, sino también a aquellas acciones que podrían ofrecerse sinérgicamente al conjunto de personas que precisan dicho tipo de servicio y atención.

En nuestra comunidad autónoma, el Decreto 43/2013 establece la estructura orgánica del Servicio Galego de Saúde adscrita a la Consellería de Sanidade. Le corresponde al Servicio de Gestión Sociosanitaria, entre otras funciones, la coordinación de las prestaciones sociosanitarias dependientes de otras instituciones y administraciones públicas. Al mismo tiempo, en el documento *Estratexia Sergas 2014: A sanidade pública ao servizo do paciente* se destaca la necesidad de promover la salud y responder a las necesidades del ciudadano a través de dispositivos asistenciales y planes específicos, siendo un objetivo general atender de forma integrada a las necesidades de la población en el ámbito sociosanitario bajo criterios de igualdad, equidad, accesibilidad, universalidad y complementariedad de las acciones de las diferentes administraciones públicas. Se compromete a garantizar la prestación de servicios en el lugar y momento adecuados con los niveles de calidad y seguridad comprometidos, siendo uno de los objetivos generales a destacar, potenciar los cuidados domiciliarios de forma equitativa, facilitando a los pacientes una atención integral en el lugar adecuado, atendiendo a sus necesidades, evitando estancias y visitas innecesarias a los centros hospitalarios y reforzando el papel del domicilio del paciente como lugar de atención.

Para una adecuada organización de las prestaciones sociosanitarias es necesario diferenciar los servicios sanitarios de los sociales, ya que de este modo puede definirse el espacio sociosanitario y los usuarios del mismo, que son en realidad quienes le dan contenido.

Acotar el espacio sociosanitario, aunque los límites no sean totalmente precisos, permitirá definir los usuarios y las intervenciones simultáneas sociales y sanitarias para conseguir sinergias. De este modo podremos organizar y coordinar las atenciones que necesiten, más allá de la simple definición de servicios y recursos.

Existe un consenso generalizado sobre la necesidad de coordinar los servicios sanitarios y sociales para obtener su máxima eficiencia, así como para evitar la creación de un tercer sector sociosanitario independiente. Por otro lado, la unión o integración de atención primaria y hospitalaria en una gestión integrada, según *el Decreto 168/2010, de 7 de octubre, por el que se regula la estructura organizativa de gestión integrada del Servicio Gallego de Salud* es ya un hecho, y la gestión por procesos describiéndolos y analizándolos es una oportunidad para la creación del espacio sociosanitario, con todo su entramado de definición de usuarios, servicios y recursos.

Aunque abunda la literatura escrita sobre el tema sociosanitario, en pocas comunidades la han concretado y organizado en un modelo de atención que resulte eficaz y eficiente, con flujos y procesos organizados en los que a través de sus sistemas de información se pueda proceder a su análisis.

Es posible que ello pueda deberse a que, en los casos en que forman parte de un mismo departamento con una política común, no se puede analizar su éxito o resultados ya que muy probablemente los recursos sanitarios y sociales se utilizan indistintamente, lo que complica su análisis. En los casos en los que la dependencia política está separada con una diferenciación clara de servicios sanitarios y sociales, los diferentes recursos tampoco están claramente diferenciados.

El documento que se presenta ofrece un marco de actuación que complementa las medidas coyunturales y de gestión que garantizan la eficiencia del sistema sanitario público. Desde el punto de vista del Servicio Galego de Saúde, aspira a introducir una nueva forma de organizar la prestación más adecuada en las personas que la precisan.

Para la elaboración de las líneas estratégicas, existen unos factores clave que deben ser considerados:

1. Cambiar el enfoque de la organización de servicios sanitarios hacia “curar y cuidar”, que previamente se centraba sólo en “curar”. En los viejos principios del acto asistencial ya se decía que “si no podemos curar debemos aliviar y si no deberemos tratar de consolar”. En la actualidad hay que asumir que el acto asistencial no se limita a curar, sino que también consiste en aliviar, rehabilitar y educar. La importancia de cada una de estas actuaciones dependerá de la situación clínica del paciente en ese momento concreto, así como de los recursos disponibles.
2. Recordar que el aprendizaje en las ciencias de la salud consta de la adecuada interacción de conocimientos, habilidades y actitudes para conseguir un correcto acto asistencial. Las habilidades y actitudes constituyen la “vertiente artística” de la profesión sanitaria, ya que son elementos personales que mejoran con el ejercicio profesional, y su acción conjunta con los conocimientos aportan calidad y diferenciación.

El paciente que recibe asistencia integral por parte de un equipo multidisciplinar precisa un seguimiento del proceso en todo el continuo asistencial. Con el apoyo de los dispositivos asistenciales integrados y de las nuevas posibilidades que ofrece la innovación y la tecnología en la gestión de las enfermedades crónicas, debemos favorecer y posibilitar los cuidados necesarios en el domicilio para mejorar la calidad de vida del enfermo y su entorno, así como para optimizar los recursos disponibles.

3. Entender que la palabra “cuidar” no debe ser entendida como sinónimo de cuidados sanitarios sino como aquellos cuidados, ya sean sanitarios o sociales que se pueden prestar de manera conjunta o separada según las necesidades de la persona. Sin embargo, es frecuente su confusión, creándose recursos de tipo institucional excesivamente sanitizados

para la realización o prestación de cuidados que en el domicilio son prestados habitualmente por el cuidador informal, con el apoyo cuando así se necesita de los servicios sanitarios.

4. Definir la necesidad, eficacia y eficiencia de recursos intermedios, así como la prestación de sus servicios. Una marca diferencial de nuestro sistema en relación a otros países de la Unión Europea es la escasez de dispositivos asistenciales denominados *nursinghome*, dedicados a cuidados y rehabilitación. La dotación de recursos intermedios de media o larga estancia, que se situarían entre los hospitales de agudos y las residencias sociales, son prácticamente testimoniales y tal como están planteados actualmente son poco eficaces.
5. Otro elemento crucial para la construcción del espacio sociosanitario es la financiación común. Esta puede servir para movilizar voluntades de los agentes implicados en la atención sociosanitaria, y que requerirá establecer objetivos comunes, servicios integrados y medición de costes y resultados con el objetivo de buscar la eficiencia del sistema y de los distintos servicios y recursos, evitando duplicidades.
6. Por último, es imprescindible definir los usuarios susceptibles de atención sociosanitaria, los cuidados necesarios y las actuaciones o intervenciones simultáneas que necesitan.

La atención sociosanitaria se presta, esencialmente, sobre aquellos colectivos que combinan la presencia de enfermedad con diversas situaciones de dependencia y un mayor o menor grado de carencias sociales. Se deberán identificar una serie de situaciones o perfiles de personas, donde la necesidad de atención sociosanitaria es más frecuente. Para no llevar a equívoco, conviene señalar que continuarán existiendo personas con perfiles similares y que no se incluirían en el espacio sociosanitario: personas con enfermedad crónica pluripatológica no dependientes o pacientes oncológicos con apoyo social adecuado. Así mismo, habrá personas con necesidades sociales cuya enfermedad crónica no juega un papel determinante a la hora de precisar atención sociosanitaria.

Teniendo en cuenta las claves anteriores, el **Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia surge con la intención de estudiar y analizar la situación actual, y marcar las líneas estratégicas de asistencia sanitaria en los próximos años, identificando las necesidades específicas de colectivos de pacientes con necesidades sanitarias y sociales simultáneas**. De este modo se podrá planificar u organizar los recursos existentes y las posibles respuestas, mediante actuaciones conjuntas a través de programas coordinados con los servicios sociales, para conseguir un modelo de atención integral, interdisciplinar y rehabilitador. Articulando respuestas centradas en el paciente es posible conseguir una asistencia eficaz y de calidad, al mismo tiempo que se realiza una gestión eficiente de los recursos.

El reto de nuestros servicios sanitarios es, sin duda:

- Respetar la voluntad del individuo en las prestaciones asistenciales.
- Ofrecer la prestación a través de servicios en lugar de a través de centros.
- Hacer realidad la continuidad asistencial.
- Ofrecer respuestas de atención integral.
- Impulsar o fomentar la atención domiciliaria mediante el uso de nuevas tecnologías.
- Articular respuestas personalizadas formuladas desde la segmentación de perfiles teniendo en cuenta la oferta de servicios.

De hecho, la integración de la atención sociosanitaria como línea específica dentro de la *“Estratexia Sergas 2014: A sanidade pública ao servizo do paciente”* deberá estar basada en unos elementos fundamentales:

- Derivar al usuario al dispositivo más adecuado para su atención.
- Garantizar una rápida derivación de un recurso a otro en función de los cambios de situación del usuario.
- Disponer de servicios suficientemente diversificados y dotados.

También señala otras actuaciones en el campo sociosanitario como son la recopilación en un mapa de los recursos sociosanitarios de Galicia, definiendo los criterios que permitan optimizar su uso y protocolos de acceso que permitan una atención continuada e integral, evitando duplicidades e identificando las necesidades específicas por colectivos. Así mismo, se debe trabajar para incorporar la historia social de los pacientes en la historia clínica electrónica, y adaptar los sistemas de información integrando la atención sociosanitaria en un continuo asistencial único, estableciendo un marco adecuado de gestión, control y evaluación de conciertos con el sector privado y fomentando la coordinación con la Consellería de Traballo e Benestar. Es importante tener en cuenta que para estas actuaciones en la atención sociosanitaria se debería reforzar el rol de los profesionales de enfermería y trabajadores sociales.

El desarrollo de las iniciativas presentadas en este plan deben realizarse de manera coordinada con los servicios sociales, teniendo en cuenta el marco normativo sanitario que establece la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. En esta última, se define en el artículo 53, la atención sociosanitaria como el *“conjunto de cuidados sanitarios y de aquellos otros que correspondan dentro del sistema de servicios sociales establecido en su normativa específica, destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la atención simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. En el ámbito sanitario la atención sociosanitaria comprenderá:*

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.*
- b) La atención sanitaria a la convalecencia.*
- c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”.*

En su artículo 14, se menciona como derechos relacionados con grupos especiales, que las personas menores, las mayores dependientes, las enfermas mentales y terminales, las que padecen enfermedades crónicas y discapacitantes y los pacientes diagnosticados de enfermedades raras o de baja incidencia en la población y las personas que pertenecen a grupos de riesgo deben ser objeto de especial atención por las administraciones sanitarias competentes, teniendo derecho a actuaciones y/o programas sanitarios específicos y preferentes.

La Comisión Interdepartamental de Coordinación de la Atención Sociosanitaria de Galicia, se crea según el artículo 137, como un instrumento adecuado, efectivo y eficiente de coordinación institucional. Para el desarrollo de sus trabajos y vinculado a la misma, se crea el comité de planificación de atención sociosanitaria de Galicia mediante orden conjunta de 7 de agosto de 2009, de la Consellería de Sanidad y de la Consellería de Traballo e Benestar. Entre sus actividades se encuentra la elaboración de un plan de actuaciones sociosanitarias en el que se sitúe a los usuarios, las prestaciones sociosanitarias, los niveles de atención y coordinación entre la iniciativa social, pública y privada, y los diferentes niveles y servicios hospitalarios, de atención primaria y otras instituciones, además de la corresponsabilidad en la financiación de dicha atención.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar desde el sistema sanitario cuáles son las necesidades de atención sociosanitaria existentes y, consecuentemente, definir y consolidar las principales líneas de actuación e iniciativas en las que el Servizo Galego de Saúde debe incidir en los próximos cuatro años para proporcionar a los ciudadanos una asistencia integral, eficiente y de calidad adaptada a las personas.

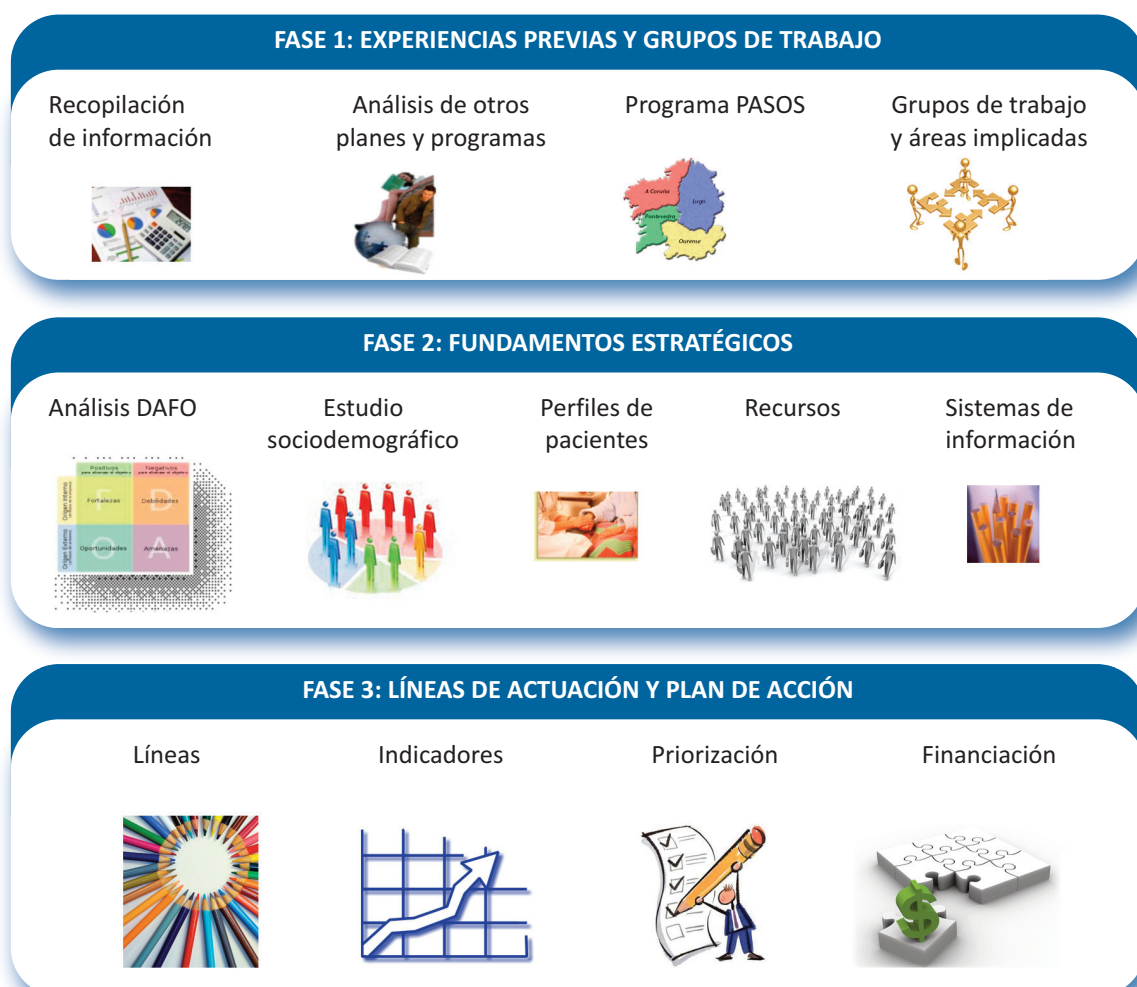
Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico de situación interno de la atención sociosanitaria en Galicia.
- Analizar las tendencias e iniciativas llevadas a cabo tanto en el ámbito nacional como internacional en el ámbito sociosanitario.
- Identificar aquellos perfiles de pacientes susceptibles de ser incluidos en el ámbito sociosanitario, para una vez identificados proponer la atención más adecuada a cada situación.
- Definir las líneas de actuación generales, específicas e iniciativas que deberán servir de guía para los próximos cuatro años.
- Determinar un plan de acción en el que se definan los plazos para llevar a cabo las iniciativas debidamente priorizadas de acuerdo con su importancia.

3. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología del trabajo se dividió en tres fases que se iniciaron con el análisis de la situación sociosanitaria actual en Galicia, con el fin de identificar debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que dieran lugar a las líneas de actuación que sirviesen de guía al Servizo Galego de Saúde para los próximos cuatro años en esta materia. Para ello se constituyeron tres grupos: uno de seguimiento y dos grupos multidisciplinares de trabajo de carácter técnico que establecieron aquellas circunstancias sanitarias y sociales determinantes de cada uno de los distintos perfiles sociosanitarios, estableciendo aquellas líneas de actuación que debería abarcar el plan marco. En todo momento, se ha pretendido un enfoque realista, práctico y participativo, con unos objetivos e indicadores asociados que facilitasen el seguimiento efectivo de su implantación.

El enfoque metodológico empleado puede resumirse en el siguiente gráfico.



3.1. FASE 1: Experiencias previas y grupos de trabajo

En una primera fase se realizó una búsqueda de información actualizada en el ámbito sociosanitario tanto a nivel nacional como internacional, con una especial mención al programa sociosanitario PASOS como predecesor en nuestra comunidad. Un aspecto ampliamente contemplado por las diferentes comunidades autónomas es la deficitaria coordinación interinstitucional existente entre los servicios sociales y los servicios sanitarios, siendo su impulso un reto para nuestra sociedad. Toda esta documentación fue valorada por los grupos de trabajo como punto de partida en la elaboración de este plan.

3.1.1. Recopilación de información de otros planes y programas de atención sociosanitaria

Se realizó una revisión de la bibliografía que permitiera analizar el contexto sociosanitario nacional e internacional, así como las grandes tendencias en este sector a través de los diferentes planes, programas o cualquier otra documentación considerada relevante.

A nivel nacional los distintos planes y programas sociosanitarios existentes pueden verse en esta ilustración.

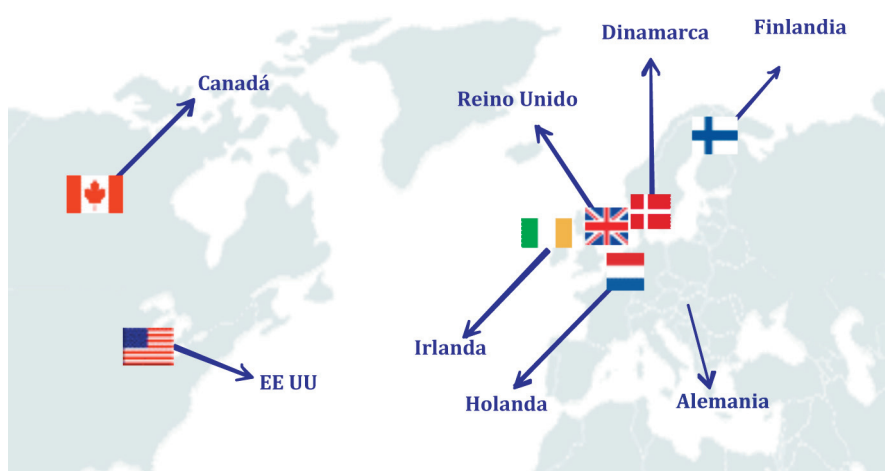
ILUSTRACIÓN 1: PLANES/PROGRAMAS DE ÁMBITO NACIONAL



1. **Canarias:** Programa sectorial de atención sociosanitaria.
2. **Cantabria:** Plan de acción sociosanitaria de las personas mayores.
3. **Castilla y León:** Plan de atención sociosanitaria.
4. **Cataluña:** Programa “Vida als anys”: Plan de acción sociosanitaria; Plan director sociosanitario.
5. **Extremadura:** Plan marco de atención sociosanitaria 2005-2010.
6. **Galicia:** Programa de atención Sociosanitaria (PASOS).
7. **Navarra:** Plan foral de atención sociosanitaria.
8. **País Vasco:** Plan estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco. 2005-2008.
9. **Baleares:** Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud 2010-2014.

A nivel internacional, los modelos analizados son muy diferentes dependiendo del desarrollo social, las costumbres e idiosincrasia de cada país. Así, algunas culturas como la anglosajona o la escandinava, con un sistema de financiación distinto al nuestro y una red social más amplia, diversificada y desarrollada, permite un modelo de atención sociosanitaria más apoyado en recursos sociales de tipo institucional y residencial.

ILUSTRACIÓN 2: PLANES/PROGRAMAS DE ÁMBITO INTERNACIONAL



1. **Dinamarca:** Atención integrada a personas mayores en Skaevinge.
2. **Finlandia:** Atención doméstica integrada en la ciudad de Helsinki.
3. **Holanda:** Ventanilla única de acceso a los servicios sociales y sanitarios para las personas mayores en Holanda.
4. **Irlanda:** The ICON (Integrated Care, One Network) Project.
5. **Reino Unido:** Ealing Intermediate Care Services. Southampton Behaviour Resource Service (BRS); Escocia, Glasgow Community Addiction Teams; Escocia, South Lanarkshire Integrated.
6. **Canadá:** Quebec, Systeme de Services Intégrés pour personnes Âgées en perte d'Autonomie.
7. **Estados Unidos:** Program of All-Inclusive. Care for the Elderly (PACE).
8. **Alemania:** The Social Long-term Care Insurance in Germany.

Tanto a nivel nacional como internacional, uno de los factores de éxito común se basa en una segmentación cuidadosa de la población en perfiles, con una figura de gestor de casos que imbrique a nivel práctico las políticas desarrolladas a nivel social y sanitario. Además, todas las actuaciones están protocolizadas basándose en la evidencia científica, con una atención interdisciplinar en la cual el uso de las tecnologías de la información y comunicación es primordial.

3.1.2. Programa de atención sociosanitaria en Galicia (Programa PASOS)

El antecedente histórico de un programa de carácter sociosanitario en Galicia mereció su valoración como punto de partida. El Programa de atención sociosanitaria del año 1999 parte de la necesidad de coordinar la atención sanitaria y social prestada a tres grandes grupos de enfermos crónicos:

1. Personas mayores con pluripatología y/o deterioro físico o cognitivo.
2. Personas con enfermedad mental crónica.
3. Personas con discapacidad física, psíquica o sensorial.

Ya en aquel momento y tras realizar estudios de estancias hospitalarias prolongadas, se promovieron las primeras normativas en el ámbito sociosanitario sobre concertación y acreditación de centros.

Se realizaron diversas experiencias piloto tanto en atención primaria como especializada coordinados de forma interinstitucional con servicios sociales de los ayuntamientos.

De modo resumido, las actuaciones en residencias asistidas de la tercera edad se concretaron en la coordinación farmacoterapéutica, de ayudas técnicas y transporte sanitario, inclusión dentro del circuito de recogida de muestras periféricas como un punto más de extracción y coordinación para programas preventivos y de salud pública.

Respecto a la salud mental las actuaciones se centraron en el apoyo a la rehabilitación psicosocial y laboral, regulación de viviendas protegidas, centros residenciales y programas de interconsulta psiquiátrica.

En el ámbito de la discapacidad el programa fue principalmente dirigido a la atención temprana, atención odontológica a pacientes discapacitados y programas de interconsulta especializada con los centros residenciales.

3.1.3. Grupos de trabajo

En la elaboración de este plan participaron alrededor de cuarenta profesionales del Servizo Galego de Saúde y de la Consellería de Traballo e Benestar. En varias sesiones se consensuaron las directrices fundamentales del mismo: matriz DAFO, colectivos con perfil sociosanitario y características, así como las líneas de actuación, organizándose en los siguientes grupos de trabajo:

- **Grupo de seguimiento:** constituido por responsables de la Consellería de Sanidade y del Servizo Galego de Saúde.
- **Grupos de técnicos:** constituidos por profesionales procedentes de diversas áreas sanitarias y sociales:
 - **Grupo de crónicos:** integrado por médicos, enfermeros, trabajadores sociales, profesionales de sistemas y tecnologías de la información, entre otros profesionales de la administración.
 - **Grupo de salud mental:** integrado por psiquiatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, profesionales de sistemas y tecnologías de la información entre otros profesionales de la administración.

3.2. FASE 2: Fundamentos estratégicos

Una vez valoradas las experiencias previas y analizada la información de otros planes, los grupos de trabajo elaboraron los fundamentos estratégicos del plan teniendo en cuenta la realidad del trabajo diario y las características diferenciales de la población. Para ello se realizó un análisis DAFO teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la población destinataria de atención sociosanitaria en Galicia, los perfiles de los colectivos a quién se dirige dicha atención, el análisis de los recursos sociosanitarios actuales y la adecuación de los sistemas de información, respetando en todo momento aquellas claves que condicionan el plan marco.

3.2.1. Análisis DAFO

El **análisis DAFO** refleja las conclusiones obtenidas tras discusión de los grupos de trabajo sobre el diagnóstico de la situación actual, ordenadas mediante las categorías de: **debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades**. Se elaboró una matriz DAFO para identificar sus aspectos positivos y usarlos como soporte en los cambios organizativos, consolidando las fortalezas y minimizando las debilidades, aprovechando las oportunidades y reduciendo o eliminando las amenazas.

La síntesis de fortalezas y debilidades que se han identificado muestran las primeras líneas de actuación prioritarias en la atención sociosanitaria, desde la perspectiva sanitaria, para los próximos cuatro años. Al mismo tiempo, el análisis ofrecido refleja oportunidades de desarrollo y amenazas a tener en cuenta con el fin de afrontarlas de manera efectiva.

DEBILIDADES de la atención sociosanitaria

- Diversidad de administraciones implicadas y dispersión de responsabilidades dentro de una misma administración.
- Falta de coordinación en la financiación.
- Complejidad en la explotación y análisis de la información
- Ausencia de separación de costes sociales y sanitarios, disponiendo de recursos sociosanitarios tanto en sanidad como en servicios sociales asumiendo los gastos totales cada consellería.
- Escasa coordinación de recursos sociosanitarios entre la Consellería de Sanidade y la Consellería de Traballo e Benestar, así como dentro de la propia Consellería de Sanidade.
- Insuficiente protocolización de los sistemas de colaboración entre profesionales.
- Falta de desarrollo de redes de investigación conjunta.
- Necesidad de planes de calidad.
- Cultura de gestión por procesos poco extendida en el sector sociosanitario.
- Insuficiente conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de las redes de apoyo social.
- Escasa formación de los profesionales en la asistencia integral social y sanitaria.

AMENAZAS para el desarrollo de la atención sociosanitaria

- Oscilaciones en el apoyo institucional.
- Insuficiencia de recursos adecuados para hacer frente a las necesidades de la población.
- Reducción del apoyo de la red familiar de atención (cuidadores informales).
- Riesgo de ineficiencia por falta de coordinación de las administraciones.
- Baja capacidad de inversión motivada por la actual crisis económica.

FORTALEZAS para el desarrollo de la atención sociosanitaria

- Creación de una estructura sociosanitaria de gestión: Servicio de Xestión Sociosanitaria, integrada en la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, con funciones de análisis de los recursos sociosanitarios existentes en las áreas y la reordenación de los mismos, el desarrollo de programas y protocolos de derivación entre las diferentes unidades asistenciales y la coordinación de las prestaciones sociosanitarias dependientes de otras instituciones y administraciones.
- Existencia de una Comisión Interdepartamental de Coordinación Sociosanitaria de Galicia (Ley 8/2008 de Salud de Galicia, art. 137), así como la creación de un comité de planificación de atención sociosanitaria de Galicia (orden conjunta de 7 de agosto de 2009, de la Consellería de Sanidad y de la Consellería de Traballo e Benestar).
- Papel destacado en la Estratexia Sergas 2014: A sanidade pública ao servizo do paciente del ámbito sociosanitario: "Integración de la atención sociosanitaria".
- Decreto 168/2010, de 7 de octubre, por el que se regula la estructura organizativa de gestión integrada del Servicio Gallego de Salud, tanto a nivel de atención primaria y especializada como sociosanitaria.
- Existencia de una estructura sanitaria sólida y de un paulatino incremento de los recursos sociales.
- Motivación e implicación de los profesionales.

OPORTUNIDADES para el desarrollo de la atención sociosanitaria

- Búsqueda de la eficiencia en las actuaciones sanitarias.
- Altas posibilidades de innovación en el sector.
- Asegurar la continuidad de la atención y la adecuación de los recursos a las necesidades.
- Administraciones implicadas con voluntad de colaborar.
- Incrementar el equilibrio territorial de forma que toda la comunidad disponga de servicios acordes a sus características.
- Posibilidad de establecer actuaciones inmediatas en base a las líneas de actuación.
- Establecer nuevas metodologías de trabajo que ayuden a detectar y evaluar mejor las necesidades (equipos interdisciplinares,...).
- Posibilidad de crear redes de investigación en atención sociosanitaria.
- Posibilidad de implementación de las nuevas tecnologías (TIC) como herramienta para garantizar la continuidad asistencial sanitaria y social a los ciudadanos.
- Mayor cultura sobre el trabajo multidisciplinar y de trabajo por procesos.

3.2.2. Características sociodemográficas de Galicia

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) referidos a 1/1/2013, el padrón de Galicia contabilizaba 2.763.499 habitantes. Como consecuencia del proceso de envejecimiento de la población gallega, las pirámides poblacionales presentan una forma regresiva con un claro patrón de envejecimiento, situando las poblaciones más envejecidas en las provincias de Lugo y Ourense.

De manera genérica, conviene resaltar que según los datos del INE a 1/11/2011 Galicia es la segunda comunidad con menor crecimiento en el número de habitantes en la última década después de Asturias, si bien las provincias de Lugo y Ourense perdieron población en ese periodo.

También se aprecia que el proceso de envejecimiento de la población de Galicia se ha acentuado en este último año, contabilizando 635.879 personas mayores de 65 años y 96.686 con más de 85 años.

Distribución territorial de la población

La distribución territorial de la población en Galicia presenta dos características singulares: una densidad de población superior a la media española, y una distribución de la población muy heterogénea según la provincia.

En el año 2010 la densidad de población gallega fue de 94,5 hab/km² frente a los 93,3 hab/km² de media española (datos INE a 1/1/2011).

TABLA 1: densidad de población	
	Densidad (hab/km ²)
España	93,3
Galicia	94,5
Coruña, A	144,3
Lugo	35,7
Ourense	45,8
Pontevedra	214,4

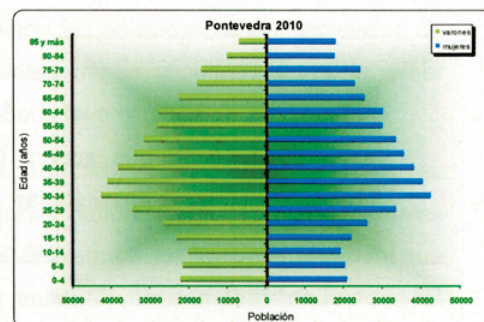
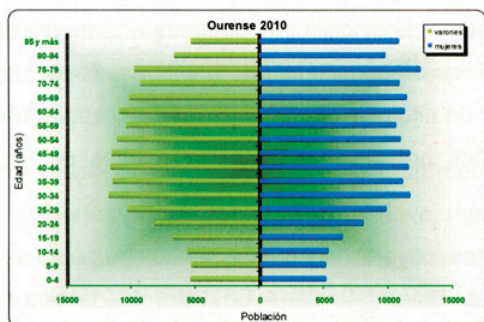
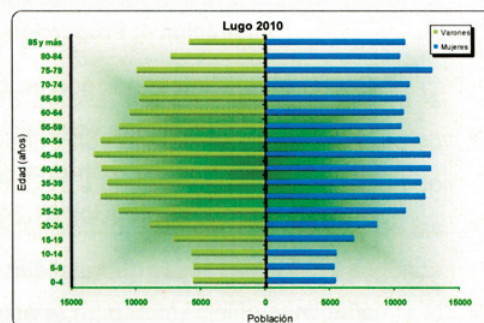
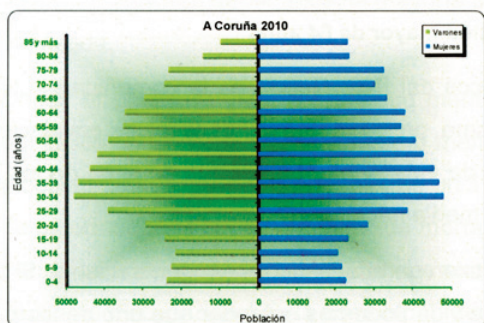
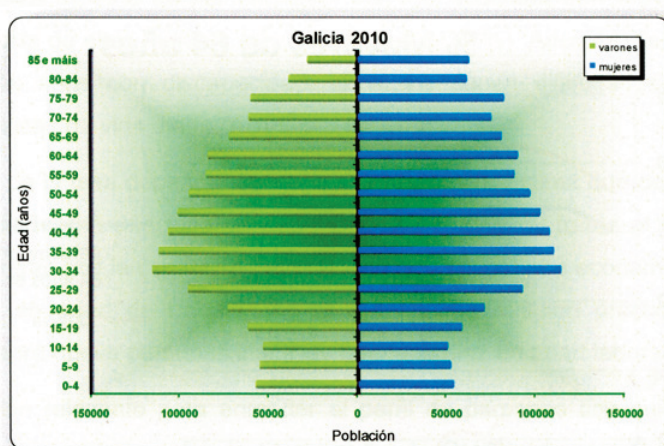
Las provincias de Pontevedra con 214,4 hab/km² y Coruña con 144,3 hab/km² son las más pobladas, frente a las de Lugo con 35,7 hab/km² y Ourense con 45,8 hab/km con menor densidad de población.

La última proyección de población realizada por el Instituto Galego de Estadística (IGE) elaborada para mediados de este siglo estima que los gallegos mayores de 65 años representarán entre un 31% y un 42% del total de la población de la comunidad.

Pirámide de población de Galicia

Teniendo en cuenta las previsiones del INE, Galicia tendrá a mitad de siglo una comunidad notablemente envejecida, con una pirámide poblacional regresiva, muy débil en su base y con una franja en edad laboral mucho menor que la de hoy en día, pero que tendrá que soportar una carga social que será el doble de la que afronta en estos momentos.

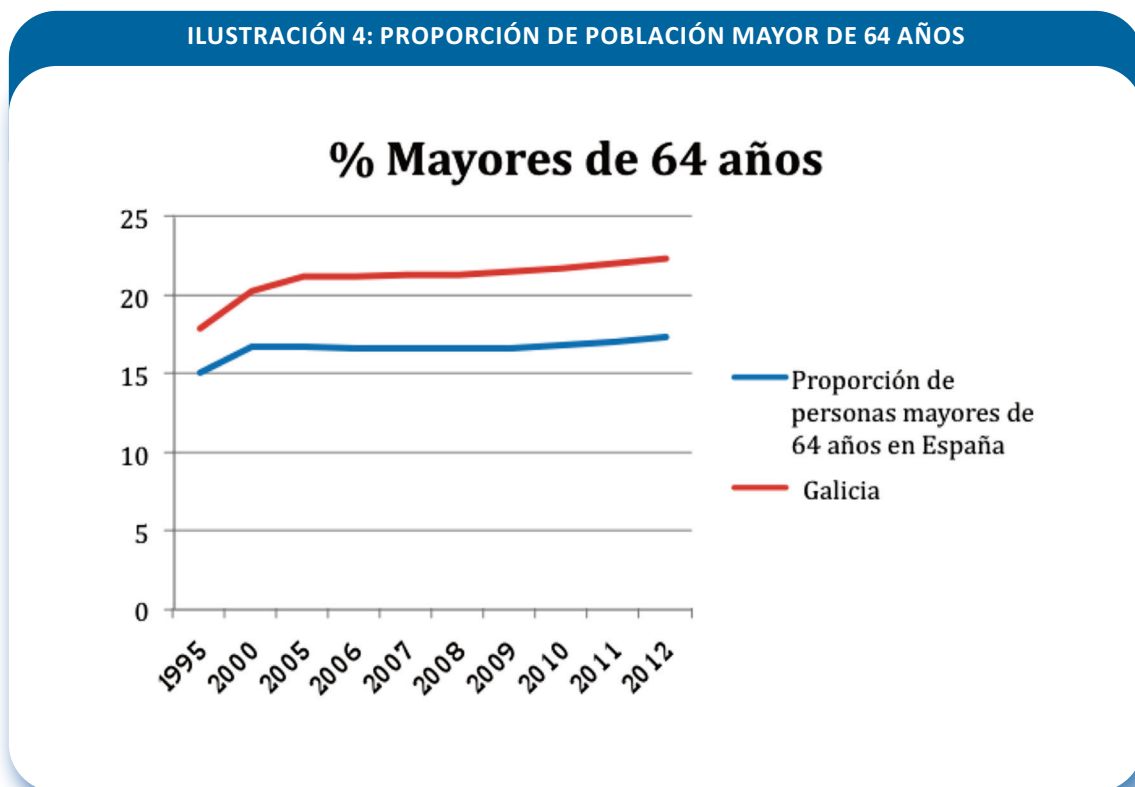
ILUSTRACIÓN 3: PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE GALICIA



Indicadores demográficos

Según los datos de INE 2011, el 22,5 % de la población gallega tiene más de 64 años frente al 17% de la media española, con provincias como la de Ourense y Lugo cuyo porcentaje supera el 28%.

ILUSTRACIÓN 4: PROPORCIÓN DE POBLACIÓN MAYOR DE 64 AÑOS



Según los distintos indicadores demográficos del INE 2011, Galicia es la comunidad autónoma con un peor crecimiento vegetativo. Así mismo, presenta una de las tasas de envejecimiento más altas de España, con una esperanza de vida al nacimiento que se sitúa en los 82,4 años en Galicia (79 años para los varones y 85,8 años para las mujeres), frente a los 82,1 años de media nacional.

Las reducidas tasas de natalidad no garantizan un adecuado relevo generacional. Si a esto añadimos el incremento en la esperanza de vida podemos entender que uno de los perfiles de población más numeroso e importante en cuanto a la posibilidad de necesitar atención sociosanitaria será el de las personas mayores. Este colectivo presenta una media de tres patologías crónicas según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 para los mayores de 65 años, lo cual puede generar un alto nivel de dependencia funcional. Además, el grupo de edad que supera los 85 años presenta las tasas más altas de ingresos hospitalarios y altas hospitalarias.

Se estima que alrededor de 350.000 personas mayores viven solas o acompañadas de otras personas de más de 70 años en Galicia. Este dato tiene un valor fundamental para considerar que la proactividad o búsqueda activa de personas mayores con altas probabilidades de precisar atención sociosanitaria debería ser una prioridad para los servicios sociales y sanitarios.

Según los datos del censo de personas con discapacidad de Galicia, actualizado en diciembre de 2012, se estima que hay 224.127 personas censadas que tienen reconocido algún tipo de discapacidad, incrementando esta población según la edad.

Según datos de la Encuesta de discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia de 2008 (EDAD 2008) la tasa de discapacidad de Galicia para la población de seis y más años es de 112,94 personas por cada mil habitantes, superando la media estatal que es de 85,5.

Aproximadamente el 65% de las personas con discapacidad son mayores de 65 años, siendo la mayoría de ellas mujeres (concretamente un 67%). Además, del total de personas de seis o más años con discapacidad, el 74% tienen dificultades para realizar las actividades básicas de vida diaria (ABVD).

La proyección de la tasa de dependencia realizada por el INE estima que dentro de cuarenta y un años Galicia tendrá una tasa de dependencia del 89,53% frente al 51,32% actual. Es decir, que mientras hoy la comunidad cuenta con un dependiente económicamente por cada dos personas en edad de trabajar, en el 2051 dicha relación prácticamente se habrá equiparado: habrá nueve personas inactivas por cada diez en edad laboral.

Otra información relevante para entender el perfil de personas con cuidados paliativos y necesidades sociosanitarias es la estimación que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace para España, en la que el 82,6% de las muertes totales se producen en personas mayores de 64 años, y un 66,5% en personas mayores de 74 años, la mayoría de los cuales fallece en una etapa de enfermedad avanzada.

Desde el punto de vista de la salud mental, la OMS estima que en España el 9% de la población sufre al menos un trastorno mental excluyendo los trastornos causados por uso indebido de sustancias, y algo más de un 15% lo padecerá a lo largo de su vida. Este grupo de enfermedades causa una elevada mortalidad y discapacidad. En Galicia, el 22 % de las personas con discapacidad se debe a una enfermedad mental, lo que supone la segunda causa de discapacidad en la comunidad después de la discapacidad física que representa el 56%. Así mismo, la OMS estima que el 20 % de la población infanto-juvenil (menores de 17 años) sufre algún trastorno mental, por lo que este grupo de población con alta necesidad de cuidados sociales y sanitarios generalmente asociados a trastornos de conducta debe ser abordado de manera especial.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10; OMS, 1992) establece diferentes categorías para el retraso mental (leve, moderado, grave, profundo, otros retrasos mentales y retraso mental sin especificación). Sólo algunas personas con discapacidad intelectual que precisan atención social sufren graves trastornos conductuales con una alta necesidad de cuidados sanitarios simultáneamente, siendo éstas personas subsidiarias de atención sociosanitaria.

Además de las tendencias demográficas mencionadas, debe tenerse en cuenta que la red social de apoyo se ha modificado en los últimos años como consecuencia de los cambios sociales de las familias, la incorporación creciente de la mujer al mercado laboral, el perfil del cuidador informal o los cambios en los servicios sanitarios como consecuencia de los mayores índices de curación de patologías que antiguamente eran incurables, incrementando la supervivencia pero cronificando las patologías.

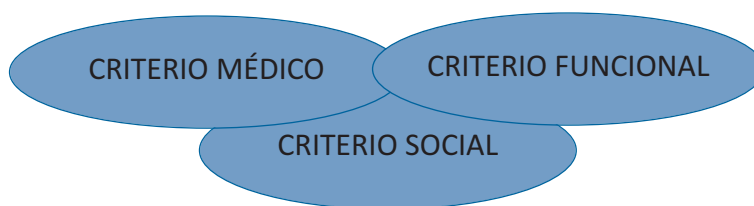
3.2.3. Población diana: perfiles de personas con necesidades sanitarias y sociales

La segmentación de la población en perfiles permite identificar la población diana en la que es más probable la necesidad de demandar atención sanitaria y social simultáneamente, presentando como elemento común la presencia de necesidades sanitarias, sociales y cierto grado de dependencia funcional.

Su finalidad es permitir agrupar y ordenar los principales colectivos considerados de perfil sociosanitario para poder estructurar mejor los mecanismos de actuación que garanticen una atención integral adecuada, centrando las intervenciones sanitarias y sociales en las características de cada paciente con el objetivo de mejorar su salud y calidad de vida en el entorno más adecuado para él.

Actualmente es necesario realizar una priorización en la atención a los colectivos con necesidades sociosanitarias, pero dicha clasificación no debe considerarse cerrada.

ILUSTRACIÓN 5: CRITERIOS SIMULTÁNEOS DE IDENTIFICACIÓN



Los cambios sociales y familiares hacen que hoy hablemos de un perfil de usuarios caracterizado por su diversidad y su capacidad de elección de la prestación de servicios en el que la personalización debería ser el eje de actuación. Hay distintos factores que han influido en el cambio de perfil de la demanda: el incremento de las enfermedades crónicas, el cambio de la patología única a la pluripatología, la asociación enfermedad-dependencia. Por otro lado, el progresivo envejecimiento de la población conlleva una mayor dependencia, al mismo tiempo que los cambios sociodemográficos debilitan las redes sociales, perdiendo peso el cuidador informal, que necesita de ayudas externas para poder continuar los cuidados.

La atención debe basarse en la calidad de vida e incluye la comprensión holística de la persona, cuyo bienestar depende de multitud de aspectos. Toda intervención para la atención a las necesidades que genera la dependencia debe partir de esta comprensión y, por tanto, atender simultáneamente a todas aquellas facetas de la vida del individuo en las que se da alguna necesidad.

Dentro de la demanda de atención sociosanitaria se deberá tener en cuenta a los pacientes que pueden tener un grado de dependencia durante un período de tiempo limitado a su convalecencia, sin apoyo social adecuado, y que una vez superada este periodo, ya sea por curación o rehabilitación de sus funciones, dejan de ser dependientes y por tanto de necesitar atención sociosanitaria.

Los avances tecnológicos y sanitarios permiten la salida del hospital más rápidamente si se dispone de una estructura social adecuada que facilite los cuidados del paciente en su domicilio durante todo el proceso de la convalecencia. Las posibilidades que ofrece la atención sanitaria a domicilio (a través de la hospitalización a domicilio o desde atención primaria), así como el adecuado progreso de estos servicios sólo se podrán apoyar en una adecuada estructura social, ya sea aportada por el propio paciente, por su entorno o por los servicios sociales coordinados adecuadamente con los sanitarios.

El futuro de la sanidad camina en este sentido, ya que se mejora la eficiencia y calidad de la atención, al mismo tiempo que se disminuyen efectos secundarios debidos a un ingreso prolongado en exceso, que dificulta en muchas ocasiones una adecuada recuperación.

Es probable que la complejidad del campo sociosanitario lleve a incidir especialmente en el abordaje de los problemas de construcción del espacio sociosanitario en el colectivo de las personas mayores con pluripatología y dependencia, que aún siendo el más numeroso, no es el grupo más complejo en su abordaje ni el único.

Cabe señalar que no todas las necesidades de cada uno de estos perfiles tiene siempre carácter sociosanitario. En numerosas ocasiones, su demanda se circunscribe exclusivamente al ámbito social o al ámbito sanitario sin que sea necesaria la intervención simultánea, coordinada y estable de ambos, condiciones que se requieren para que la atención que requieran sea de carácter sociosanitario.

PERFILES DE PERSONAS EN RIESGO DE NECESITAR ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL
1 - PERSONAS MAYORES ENFERMAS
Personas mayores enfermas con riesgo de empeoramiento de su estado de salud y con dependencia funcional
2 - PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y DEPENDENCIA FUNCIONAL ELEVADA
Daño cerebral adquirido
Enfermedad neurodegenerativa u otras enfermedades raras o crónicas que causen limitación funcional severa
Lesión medular adquirida
Patología aguda importante que necesita cuidados prolongados y de rehabilitación
3 - PERSONAS CON DISCAPACIDAD ASOCIADA A ENFERMEDAD MENTAL
Trastorno mental grave de evolución prolongada con necesidades de atención sociosanitaria
Patología adictiva y alta necesidad de cuidados sociosanitarios
Discapacidad asociada a enfermedad mental en menores de edad con alta necesidad de cuidados sociosanitarios
4 - PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
Retraso mental con alteraciones conductuales severas y alta necesidad de cuidados sociosanitarios
5 - PERSONAS EN CUIDADOS PALIATIVOS
Enfermedad crónica, avanzada y progresiva con pronóstico de vida limitado y alta necesidad de cuidados sociosanitarios

1 - Personas mayores enfermas con riesgo de empeoramiento de su estado de salud y con dependencia funcional

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

■ Médico

1. Patología crónica con necesidad de cuidados sanitarios continuados a los que se añadan al menos dos de los siguientes ítems:
 - Tres o más estancias hospitalarias de más de 24 horas en los últimos 12 meses.
 - Polimedicados: más de 10 fármacos de forma continuada durante al menos 6 meses.
 - Comorbilidad: más de 3 problemas de salud crónicos (índice de Charlson).
 - Síndrome de caídas frecuentes (2 o más caídas en los últimos 12 meses).
2. Patología aguda que condicione la necesidad, en un período limitado de tiempo, de cuidados sanitarios continuados y/o rehabilitación.

■ Funcional

- Limitación funcional severa para desarrollar actividades de la vida diaria (escalas Katz, Barthel, Lawton).
- Reconocimiento de dependencia severa o gran dependencia (Grados II y III).
- Deterioro cognitivo moderado (Deterioro Global Reisberg: igual o superior a 4).

■ Social

- Ausencia de red social o de apoyo adecuada.
- Riesgo de claudicación del cuidador principal.
- Vivienda o entorno no reúnen las condiciones apropiadas a las necesidades del paciente.

Para cumplir el criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumplir simultáneamente al menos un criterio médico, un criterio funcional y uno social.

2 - Personas con discapacidad física y dependencia funcional elevada

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

■ Médico

Personas con necesidad de cuidados sanitarios complejos o avanzados por:

- Daño cerebral adquirido.
- Enfermedad neurodegenerativa u otras enfermedades raras o crónicas que causen limitación funcional severa.
- Lesión medular adquirida.
- Patología aguda que condicione la necesidad, en un período limitado de tiempo, de cuidados sanitarios continuados y/o rehabilitación.

■ Funcional

- Limitación funcional severa para desarrollar actividades de la vida diaria (escalas Katz, Barthel, Lawton).
- Reconocimiento de dependencia severa o gran dependencia (Grados II y III).
- Deterioro cognitivo moderado (Deterioro Global Reisberg: igual o superior a 4).

■ Social

- Ausencia de red social o de apoyo adecuada.
- Riesgo de claudicación del cuidador principal.
- Vivienda o entorno no reúnen las condiciones apropiadas a las necesidades del paciente.

Para cumplir el criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumplir simultáneamente al menos un criterio médico, un criterio funcional y uno social.

3 - Personas con discapacidad asociada a enfermedad mental

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

1. *Personas con trastorno mental grave con perfil sociosanitario*

Trastorno mental grave con una duración de la enfermedad y/o el tratamiento mayor de 2 años y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social con alta prevalencia en la comunidad.

■ Médico

- Esquizofrenia (CIE-10; F20).
- Trastornos esquizoafectivos (CIE-10; F25).
- Trastorno bipolar (CIE-10; F31).
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (CIE-10; F28).
- Trastorno depresivo recurrente (CIE-10; F33).
- Trastorno obsesivo-compulsivo (CIE-10; F42).
- Trastorno generalizado del desarrollo (CIE 10; F84).

■ Funcional

- Presencia de discapacidad: disfunción moderada o severa del funcionamiento global, con valoración del GAF <50 (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar. Suelen presentar déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo.
- Reconocimiento de dependencia severa o gran dependencia (grados II y III).

■ Social

- Ausencia de red social o de apoyo adecuada.
- Riesgo de claudicación del cuidador principal.
- Vivienda o entorno no reúnen las condiciones apropiadas a las necesidades del paciente.

Para cumplir el criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumplir simultáneamente al menos un criterio médico, un criterio funcional y uno social.

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

2. *Personas con patología adictiva y alta necesidad de cuidados sociosanitarios*

Conducta asociada a los trastornos adictivos en los últimos años, cuando coexisten las conductas adictivas con otros trastornos mentales que conllevan un alto riesgo de necesidad de apoyo simultáneo social y sanitario.

■ Médico

- Trastorno adictivo.

■ Funcional

- Presencia de discapacidad: disfunción moderada o severa del funcionamiento global, con valoración del GAF <50 (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar. Suelen presentar déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre e/o en funcionamiento cognitivo.
- Reconocimiento de dependencia severa o gran dependencia (grados II y III).

■ Social

- Ausencia de red social o de apoyo adecuada.
- Riesgo de claudicación del cuidador principal.
- Vivienda o entorno no reúnen las condiciones apropiadas a las necesidades del paciente.

Para cumplir el criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumplir simultáneamente al menos un criterio médico, un criterio funcional y uno social.

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

3. *Discapacidad asociada a enfermedad mental y trastornos importantes de conducta en menores de edad con alta necesidad de cuidados sociosanitarios*

Menores de edad con discapacidad asociada a enfermedad mental e importantes trastornos de conducta y alta necesidad de cuidados sociosanitarios.

■ Médico

- Trastorno generalizados del desarrollo.
- Trastorno psicótico.

■ Funcional

- Presencia de discapacidad: disfunción moderada o severa del funcionamiento global, con valoración del GAF <50 (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar. Suelen presentar déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo.
- Trastorno conductual importante asociado.
- Reconocimiento de dependencia severa o gran dependencia (Grados II y III).

■ Social

- Ausencia de red social o de apoyo adecuada.
- Riesgo de claudicación del cuidador principal.
- Vivienda o entorno no reúnen las condiciones apropiadas a las necesidades del paciente.

Para cumplir el criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumplir simultáneamente al menos un criterio médico, un criterio funcional y uno social.

4 - Personas con discapacidad intelectual

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

Retraso mental con alteraciones conductuales y alta necesidad de cuidados sociosanitarios

■ Médico

- Diagnóstico de Retraso mental (CIE 10; F70-F79) con alteraciones conductuales (y/o trastorno mental) severas y persistentes.

■ Funcional

- Limitación funcional severa para desarrollar actividades de la vida diaria (escalas Katz, Barthel, Lawton).
- Reconocimiento de dependencia severa o gran dependencia (grados II y III).

■ Social

- Ausencia de red social o de apoyo adecuada.
- Riesgo de claudicación del cuidador principal.
- Vivienda o entorno no reúnen las condiciones apropiadas a las necesidades del paciente.

Para cumplir el criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumplir simultáneamente al menos el criterio médico, un criterio funcional y uno social.

5 - Personas en cuidados paliativos con necesidades sociosanitarias

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

■ Médico

- Presencia de enfermedad crónica, avanzada y progresiva con pronóstico de vida limitado, que habitualmente son:
 - 1 Enfermedades oncológicas.
 - 2 Enfermedades cardiocirculatorias.
 - 3 Enfermedades respiratorias.
 - 4 Enfermedades neurológicas.
 - 5 Enfermedades hepáticas.
 - 6 Enfermedades renales.
 - 7 Otras enfermedades crónicas, avanzadas y progresivas menos prevalentes.

■ Funcional

- Limitaciones funcionales severas, no reversibles ni subsidiarias de tratamientos agresivos y con alto contenido de sufrimiento, con pronóstico de vida que se prevé limitado.

■ Social

- Ausencia de red social o de apoyo adecuada.
- Riesgo de claudicación del cuidador principal.
- Vivienda o entorno no reúnen las condiciones apropiadas a las necesidades del paciente.

Para cumplir el criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumplir simultáneamente al menos un criterio médico, el criterio funcional y uno social.

3.2.4. Recursos orientados a la atención sociosanitaria en Galicia (centros, servicios, programas)

En sentido estricto no se debería hablar de servicios sociosanitarios, ya que los servicios ofrecidos pueden ser de carácter sanitario o social. Tampoco se debería hablar de recursos o centros sociosanitarios, ya que pueden ser básicamente sanitarios o sociales, y prestar servicios del otro sector. Determinados centros sociales incluyen servicios sanitarios en su cartera de servicios, mientras que en otros son profesionales sanitarios del Servizo Galego de Saúde quienes acuden a prestar dicha atención.

Lo verdaderamente “sociosanitario” será que ambos tipos de servicios, los preste quien los preste, interactúen en la elaboración y realización de un plan de cuidados integral. Al tener un objetivo común se pueden generar sinergias entre las dos intervenciones para garantizar una calidad óptima en la atención ofrecida. Los diferentes agentes que intervienen, además de integrar voluntades, deben tener capacidad de adaptación a las necesidades y circunstancias de cada persona en un contexto social dinámico que cambia a gran velocidad.

En un estudio inicial de los recursos definidos en Galicia como sociosanitarios, se realizó previamente la definición de **recurso sociosanitario** desde la perspectiva sanitaria y social tratando de englobar centros, servicios y programas coordinados conjuntamente. Dicha definición pudiera resultar compleja o cuestionable pero desde el comité técnico de planificación sociosanitaria se propuso definir recurso sociosanitario como **aquel centro, programa o servicio en el que las actividades o cuidados sanitarios podrían ser realizados en el domicilio en colaboración con los servicios sanitarios de la siguiente forma:**

- Con presencia de personal facultativo o de enfermería.
- Sin presencia de personal facultativo o de enfermería, pero con la debida autorización sanitaria de la Consellería de Sanidad.

Por esto se entendió que, además de la debida autorización de la actividad por parte de la consellería correspondiente, se establecieran como criterios a cumplir para la selección y diferenciación de recursos sociosanitarios la prestación de atención sanitaria y social conjunta, desarrollando actividades sanitarias y de atención social de forma complementaria.

En dicho estudio, además de establecer unos criterios definitorios con el fin de deslindar actividades que realizan la doble prestación social y sanitaria, se consideró la posibilidad de conocer los recursos actuales y sus características, para disponer de una herramienta básica para la planificación y gestión racional del sistema de atención sociosanitaria de Galicia. Como resumen, cabe señalar las conclusiones de mayor relevancia:

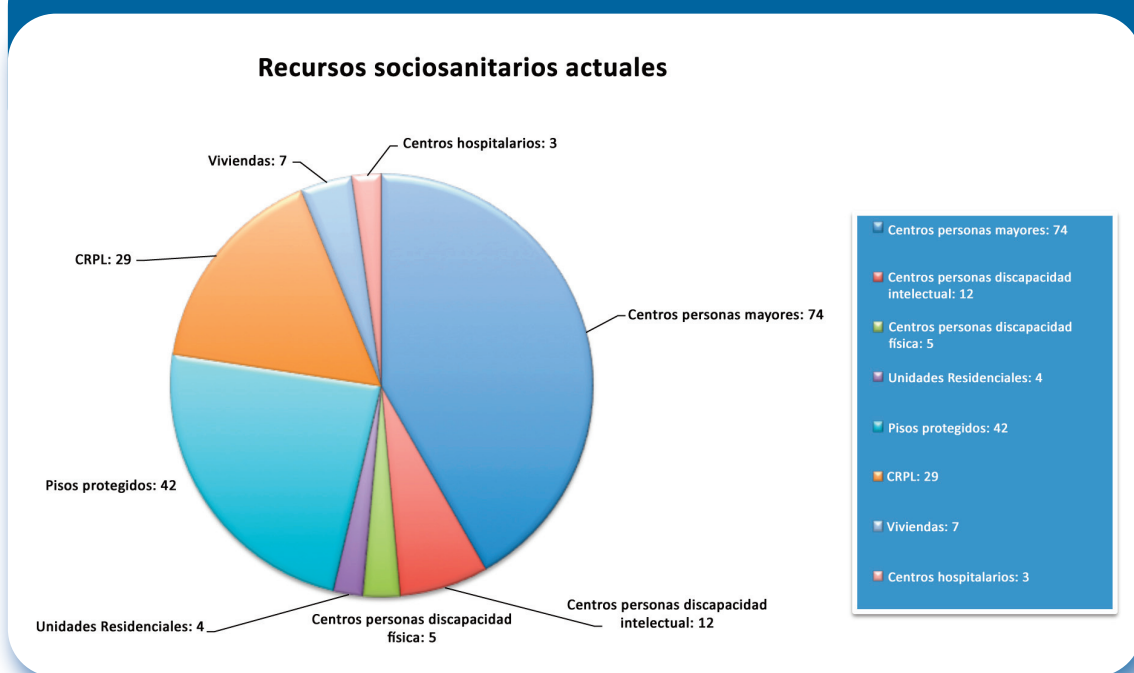
1. En el año 2011, se identificaron en Galicia, 95 centros con presencia de personal facultativo o de enfermería susceptibles de etiquetarse como sociosanitarios. El 81,3% estaban dedicados a la atención de personas mayores, el 13,2% a discapacitados físicos y el 5,5% a discapacitados intelectuales.
2. Los recursos sociosanitarios sin personal facultativo o de enfermería pero que desarrollan programas sociosanitarios que facilitan la rehabilitación y la incorporación social, y que cuentan con la preceptiva autorización de su actividad son:
 - a) Recursos de rehabilitación y apoyo comunitario para personas con trastorno mental grave y persistente (autorizadas por la Consellería de Sanidad), que se establecen mediante concertación de plazas con las asociaciones sin ánimo de lucro en su mayor parte.

Actualmente existen 5 unidades residenciales, 42 pisos protegidos y 29 centros de rehabilitación psicosocial y laboral (CRPL).

- b) Programas de incorporación social que se desarrollan en 7 viviendas para pacientes con trastornos adictivos (autorizadas por la Consellería de Traballo e Benestar), y se regulan mediante una orden de subvenciones de la Consellería de Sanidad para entidades sin ánimo de lucro mediante concurrencia competitiva.
 - c) Programas sociosanitarios de apoyo a la rehabilitación de personas afectadas por problemática asociada al alcoholismo, personas con secuelas por daño cerebral adquirido, enfermedades raras, trastorno del espectro autista y trastornos de la conducta alimentaria. Actualmente, en la convocatoria de 2012 se subvencionaron 29 programas distintos entre las asociaciones sin ánimo de lucro que se presentaron a esta orden de concurrencia competitiva.
3. El Servizo Galego de Saúde tiene relación mediante concierto o autorización de uso con tres recursos hospitalarios para pacientes de perfil sociosanitario: Hospital Santa María (Pontevedra), Clínica El Pinar (Vigo) y Clínica La Robleda (Santiago de Compostela).
 4. Cada área sanitaria ha desarrollado sus propios programas de atención a pacientes con perfiles sociosanitarios, por lo que existe cierta variabilidad geográfica en la atención sociosanitaria.
 5. La heterogeneidad y dispersión respecto de la titularidad de los recursos debería tenerse en cuenta de cara a futuras propuestas de gestión y coordinación conjunta y continuada.
 6. Existen otros recursos que no son centros, sino programas o servicios, que deberían estudiarse en conjunto para potenciar la verdadera coordinación sociosanitaria.
 7. Los recursos sociosanitarios de tipo hospitalario de los que dispone el Servicio Gallego de Salud, deberían regularse conforme a criterios uniformes en todas las áreas sanitarias y en coordinación con los servicios sociales.

Además, se ha detectado que para elaborar futuras herramientas que sirvan para la planificación de los recursos sociosanitarios de Galicia, es fundamental integrar la información que ofrecen los sistemas de registros de las dos consellerías: Rexistro de Entidades Prestadoras de Servizos Sociais de la Consellería de Traballo e Benestar (RUEPSS), y el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Consellería de Sanidad (REXCE).

ILUSTRACIÓN 6: RECURSOS SOCIOSANITARIOS ACTUALES



3.2.5. Uso de los sistemas de información y tecnologías aplicadas al sector sociosanitario

3.2.5.1. Sistemas de Información

Los sistemas de información merecen una atención especial dentro de este plan marco, no sólo por su importancia para la red sanitaria, sino porque los datos relacionados con el sector socio-sanitario no han sido desarrollados dentro de los sistemas de registro de la actividad sanitaria. Por ello tendrán una línea de actuación y unos indicadores específicos en este plan marco.

En Sanidad son una de las herramientas clave para hacer frente a los retos presentes y futuros que plantean los ciudadanos, los profesionales y la administración sanitaria, ayudando a buscar la eficiencia y la calidad de la atención para conseguir un buen nivel de salud de la población. Por ello, no son a día de hoy solamente un recurso de soporte al proceso asistencial, sino que se han convertido en una herramienta fundamental que aporta competitividad y valor añadido a las organizaciones, siendo esenciales para planificar servicios y recursos que se deberán adaptar a las necesidades detectadas. También son un elemento que permite medir la efectividad (señalar lo que funciona y lo que no, indicando cuál es el resultado), la eficiencia (utilizar los recursos de manera óptima, para obtener el resultado deseado al menor coste posible) y la capacidad de respuesta del sistema.

Debemos entender que un sistema de información sanitario es una combinación de personas, métodos y servicios cuya misión es recoger, procesar, analizar y transmitir datos sobre la situación de salud, los factores sociales y económicos que la determinan, los recursos disponibles y la uti-

lización que se hace de los mismos,...Todos ellos son necesarios para la planificación sanitaria y para la toma de decisiones intersectoriales, convirtiéndolos en información inteligible que posibilita su aplicación a la toma de decisiones, permitiendo generar conocimiento para dar un servicio eficaz en la gestión de los servicios sanitarios.

Actualmente, la evaluación de la información sanitaria apunta exclusivamente al ámbito estrictamente asistencial y no al sociosanitario. Los indicadores del cuadro de mando corporativo se orientan a la medición del cumplimiento de objetivos relacionados con la atención demandada y prestada en los ámbitos de atención primaria y hospitalaria, pero no a las necesidades sociosanitarias. Para integrar esta evaluación se requeriría diseñar una estrategia para orientar la historia clínica y los sistemas de información clínico-administrativos a este nuevo espacio de atención y cuidados. En esta línea avanza la *Estrategia Sergas 2014 "A sanidade pública ó servizo do paciente"* en la línea estratégica 1.4, que hace referencia a que los sistemas de información deben integrar la atención sociosanitaria en un continuo asistencial único. Por ello, dentro del proceso asistencial además de los datos referidos a la patología y los cuidados sanitarios, deben incorporarse en la historia clínica electrónica otros datos de interés relacionados con la situación de dependencia y la red social de apoyo.

Disponer de sistemas de información completos e integrados, permitirían su uso en distintos niveles de análisis. La actividad sociosanitaria podría ser evaluada y analizada tras la definición de objetivos claros y estableciendo indicadores de medida.

Desde el punto de vista del análisis clínico individual, y como apoyo al proceso asistencial, permitiría detectar situaciones de riesgo que generasen avisos o alertas para la prestación de ayudas puntuales de cuidados formales, asegurando la continuidad de cuidados y una asistencia correcta con los niveles de calidad necesarios. Permitiría evitar reingresos hospitalarios, hiperfrecuentación de visitas a atención primaria y, en general, el uso inadecuado de los servicios sanitarios que incrementan su coste al mismo tiempo que aportan un tratamiento inadecuado.

En el campo de la prestación de servicios sanitarios y sociales integrados, así como en la gestión de la enfermedad crónica, se apuntan nuevas fórmulas diferentes de gestionar la cronicidad y la dependencia que deben enmarcarse en la gestión por procesos. Estos cambios no sólo tienen claras implicaciones en el trabajo y la cultura del profesional, sino también *en los sistemas de información y en la forma de entender el servicio al ciudadano*. Elementos claves de este modelo son la diferenciación de pacientes en perfiles, la gestión de casos, el *empowerment* del propio usuario y la educación sanitaria de la población.

Se plantea la necesidad y la oportunidad de abordar el desarrollo de una nueva manera de atender a quienes requieren simultáneamente los servicios sociales y sanitarios. Esto significa activar el espacio sociosanitario, aportando una mayor calidad en la atención prestada y una reducción en los costes, consiguiendo la readecuación de los servicios a las necesidades del usuario y la liberación de recursos sanitarios de alto coste para poder ser utilizados de manera más eficiente. Para conseguirlo, los flujos de los procesos deberían desplazarse desde el hospital hacia los servicios ambulatorios y comunitarios, y también desde los servicios sanitarios a sociosanitarios y sociales. Se trata de reubicar los recursos para una serie de programas muy concretos en que un cambio de enfoque haya demostrado sobradamente su eficiencia. Los cambios en la pirámide demográfica y en la evolución de la enfermedad hacia las enfermedades crónicas deberían ir acompañados de las políticas necesarias de adaptación de los servicios.

Para conseguirlo es necesario disponer de sistemas de información que permitan:

- A los profesionales, compartir información asistencial social y sanitaria relativa a los usuarios de interés para cada categoría profesional.
- A los gestores, el análisis de la actividad y de los servicios para planificar futuras actuaciones.

3.2.5.2. Recomendaciones para estudios retrospectivos de casos sociosanitarios

Analizar la situación sociosanitaria en cada área de gestión integrada, identificando y cuantificando perfiles de riesgo de pacientes que puedan precisar atención sociosanitaria, así como riesgos de reingreso hospitalario de los mismos, permitiría la planificación de los recursos.

Disponemos actualmente de diversos estudios realizados, en los que se atribuyen a causas sociosanitarias todas las estancias que se consideran inadecuadas, o todos los datos de hiperfrecuentación de atención primaria o de los servicios de urgencias. Es por ello que tras su análisis se han identificado una serie de factores a tener en cuenta que exponemos a continuación, y que permitirían hacer estudios retrospectivos y obtener datos que ayuden a definir el campo de actuación sociosanitaria, analizando las estancias hospitalarias evitables y las estancias inadecuadas o prolongadas en el tiempo. Al mismo tiempo, las bases de datos de las consultas de atención primaria podrían permitir realizar estudios sobre las personas con riesgo de necesitar atención sociosanitaria, analizando también los motivos de la hiperfrecuentación de sus servicios.

Metodológicamente, estos estudios podrían ser sobre estancias hospitalarias evitables y sobre casos de necesidad de atención sociosanitaria en consultas de atención primaria:

1. Estudio de estancias hospitalarias evitables

A partir de la explotación de datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), el estudio se centraría en analizar el número de casos cuya estancia supera un punto de corte determinado considerado inadecuado para su diagnóstico (*outliers*). La estancia media en los hospitales es ampliamente utilizada como indicadora del consumo de recursos, aunque en muchas ocasiones aparecen casos que se distancian de una manera considerable de la media y la distorsiona. Estos casos atípicos se denominan *outliers* o casos extremos cuyo análisis resulta interesante para conocer los motivos por el que determinados pacientes están hospitalizados, y que podrían representar estancias evitables por ser inadecuado mantener su ingreso.

El cálculo de las estancias evitables se establece para cada uno de los Grupos Relacionados de Diagnóstico de cada hospital de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Percentil 75} + 1,5 (\text{Percentil 75} - \text{Percentil 25})$$

La alta variabilidad del indicador obliga a mantener ciertas cautelas a la hora de atribuir la responsabilidad de estancias medias más prolongadas a un determinado factor, incluso tras su ajuste por casuística y hospital.

Es importante tener en cuenta que no todos los casos llamados "*outliers*" son de tipo sociosanitario, sino solo aquéllos en los que a la enfermedad se suma una necesidad de apoyo social al alta, o en la última fase del proceso de atención, en donde se ofrecen como alternativa a la hospitalización otras atenciones que requieren apoyo domiciliario y sin el cual sería imposible el alta hospitalaria. Por tanto, se hace necesario **identificar aquellos casos que estando por encima del**

punto de corte necesitan atención conjunta y sinérgica social y sanitaria. Para ello deberemos acudir a la codificación diagnóstica al alta y analizar dentro de los diagnósticos complementarios denominados **códigos V**, aquéllos relacionados con el ámbito sociosanitario que deberían constar en todos aquellos pacientes en los que se detecta riesgo de pertenecer a un perfil sociosanitario. A modo de ejemplo, algunos de los códigos V agrupados nos permiten analizar:

- a) V60 y siguientes: circunstancias sociales como alojamiento inadecuado, falta de apoyo familiar o social... etc
- b) V63 y siguientes: servicios sanitarios alejados del domicilio.
- c) V66 y siguientes situaciones de convalecencia.

A partir de la información del estudio, podríamos incorporar al sistema alertas sociales y sanitarias que permitan actuaciones sinérgicas para apoyar la atención del paciente en su residencia habitual.

2. Estudio en el ámbito de la atención primaria de casos con necesidad de atención socio-sanitaria

Dentro de esta área se podría estudiar a la población mayor con cierto grado de dependencia o circunstancias que puedan implicar riesgo social, y que no tiene historia clínica en su centro de salud, para lo que se precisaría la colaboración de los servicios sociales del ayuntamiento o de la Consellería de Traballo e Benestar.

Por otro lado también podríamos identificar a las personas con características recogidas en los perfiles sociosanitarios descritos en este documento, con problemas sanitarios complejos señalados en su historia clínica, y con necesidad de cuidados sanitarios. Necesariamente deberían constar los riesgos de necesidad de atención social registrados en la misma historia clínica, por lo que sería necesario incluir la historia social dentro de la historia clínica electrónica.

3.2.5.3. Registro de la información clínica. La historia clínica electrónica (IANUS)

IANUS es una herramienta que permite integrar en un único sistema informático el historial clínico de cada paciente, independientemente del hospital o centro de salud de referencia. Su objetivo es dotar a todos los facultativos del Servicio Gallego de Salud de una herramienta potente y eficaz para la gestión de la información clínica, disponiendo de un modelo único y seguro de acceso a la información de los pacientes, a través de un portal web.

Cabe resaltar y señalar que el sistema informático IANUS integra además de la historia clínica, para su cumplimiento por parte de los profesionales de asistencia sanitaria, apartados y campos de datos para incorporar información funcional y social de los pacientes como por ejemplo informes de salud, informes de dependencia y escalas de valoración funcional.

Trabajar sinérgicamente entre servicios sociales y sanitarios supone compartir un espacio común a través de la **historia clínica integrada social y sanitaria**, diseñada específicamente para la comunicación interprofesionales, con capacidad de monitorizar el seguimiento del plan individual de atención, y de evaluar y dar soporte mediante sistemas de ayuda a la decisión en el cumplimiento de los protocolos asistenciales.

Respetando la legislación vigente en materia de historia clínica y protección de datos, la información compartida puede ser transmitida a un gestor de casos, constituyendo una valiosísima

herramienta para ampliar la cobertura de las actuaciones y hacer sostenibles los costes de esta nueva modalidad de prestación de asistencia y cuidados.

Trabajar por procesos con toda la información sanitaria y social del paciente le permite ser el centro de una asistencia integral, de una verdadera atención sociosanitaria, ya que es posible conocer la evolución por todos los dispositivos asistenciales, su trayectoria asistencial al completo, que permitirá actuar sobre los aspectos de la cadena que deberían ser reforzados.

3.2.5.4. Recursos tecnológicos e innovación

Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) se conciben en la actualidad como una herramienta imprescindible en el proceso asistencial que debe ponerse a disposición del sistema de salud con el fin de mejorar la calidad, la eficiencia, la seguridad y la accesibilidad, facilitando la práctica clínica y la toma de decisiones.

No sólo permiten una estrecha monitorización del paciente mediante dispositivos de autocontrol en el propio domicilio, sino que permiten a los centros sanitarios o sociales incorporar señales de alarma y sistemas de análisis de información inteligentes.

El desarrollo y la implantación de los recursos tecnológicos son esenciales para organizar la información, permitiendo su explotación y la automatización de los procesos. El análisis de los datos ayuda a planificar, gestionar y mejorar la calidad de la atención a los pacientes ya que posibilita un modelo de gestión diferente de los pacientes crónicos, que en ocasiones pueden estar relacionados con el espacio sociosanitario aunque no siempre. No sólo permiten conseguir una mejora significativa de los resultados en salud, sino también un incremento en el nivel de satisfacción de los usuarios y sus familias, suponiendo grandes ahorros para el sistema sanitario.

Además, permiten el impulso de programas de atención sociosanitaria centrados en el paciente y su entorno que conducen a una asistencia personalizada. La elevada dispersión geográfica de Galicia hace que la teleasistencia y la telemonitorización sean especialmente útiles para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria a un mayor número de ciudadanos, en el menor tiempo posible, evitando desplazamientos y optimizando los recursos sanitarios. Esta peculiaridad geográfica es un elemento que dificulta la atención y sostenibilidad de los servicios sociales y sanitarios, y que ha supuesto que se hayan orientado a dar un servicio reactivo y no proactivo.

El concepto de “Hogar digital” es una estrategia global de la Xunta de Galicia mediante la cual se habilitará la prestación de distintos servicios públicos en el hogar del ciudadano, entre ellos el sociosanitario. En este aspecto, el “Hogar digital asistencial” enmarcado dentro del Plan Innova Saúde, pretende ofrecer productos y servicios innovadores para mejorar la calidad de vida del ciudadano tanto en el hogar como en el resto de entornos sociales. Está orientado principalmente al seguimiento de patologías de carácter crónico, permitiendo ser un canal de acceso a los servicios sanitarios utilizados por los pacientes o por los cuidadores de los mismos.

Cualquier iniciativa futura en el sector sociosanitario debería considerar potenciales líneas europeas de trabajo en la innovación e investigación, abordando el envejecimiento activo y saludable. De este modo se podría proveer un nuevo modelo de servicios sociales y sanitarios de mayor calidad y eficiencia, que atendiese a las necesidades crecientes de la población con perfil sociosanitario, con una posibilidad real de implantación de nuevos modelos de atención sociosanitaria que precisen la colaboración de todos los agentes públicos y privados involucrados en el sector.

3.3. FASE 3: Líneas de actuación y plan de acción

3.3.1. Líneas de actuación generales

Una vez analizada la situación actual, presentada la matriz DAFO y establecidos los perfiles que se abordan desde el ámbito sociosanitario, se establecen las líneas de actuación generales, específicas y las iniciativas del Plan marco, así como su priorización y calendario de implantación para los próximos cuatro años. Estas líneas pueden justificar las necesidades de actuación sociosanitaria desde el punto de vista del Servizo Galego de Saúde.

El Plan Marco define **tres líneas de actuación generales** a alcanzar:

- 1. Conseguir un sistema de atención compartido y coordinado entre la red de servicios sociales y sanitarios, desarrollando instrumentos de gestión que permitan su confluencia**
- 2. Identificar y atender a las personas con necesidades de atención sociosanitaria en el ámbito sanitario**
- 3. Garantizar el nivel de excelencia futura a través de la innovación, el desarrollo de los sistemas de información y la promoción de las nuevas tecnologías**

Respecto a la primera línea de actuación general, el diagnóstico de situación refleja una necesidad de llevar a cabo acciones destinadas a la mejora del entorno sociosanitario desde el ámbito sanitario con el fin de:

- Lograr una mejor calidad asistencial proporcionando la máxima satisfacción a usuarios y familias.
- Asegurar el acceso a los recursos, de manera uniforme en todo el territorio, desde cualquier nivel de atención sanitaria.
- Potenciar en el ámbito sanitario la coordinación sanitaria y social.
- Conseguir una mayor implicación de los profesionales y ciudadanos en el sistema de cuidados.

En esta línea, y de acuerdo a la Estrategia Sergas 2014, se recogen los programas de gestión de casos que refuerzan el rol de los profesionales de enfermería y trabajadores sociales en la atención sociosanitaria con la finalidad de prestar una atención coordinada que asegure que los pacientes obtendrán la atención a sus necesidades en el lugar más adecuado para ellos, ya sea en su domicilio o en la comunidad, tratando de disminuir las probabilidades de descompensaciones o la gravedad de las mismas.

También se intenta dar un paso adelante y fomentar el conocimiento mutuo y la interrelación entre la red sanitaria y social en relación con la atención sociosanitaria, promoviendo acuerdos

entre la Consellería de Sanidade y la Consellería de Traballo e Benestar, así como con otros agentes implicados en el sector. Además, debe prestarse una atención de calidad que respete las voluntades de las personas, mejorando la eficiencia del sistema y apoyando al cuidador formal e informal.

Respecto a la segunda línea de actuación general, el análisis de situación permite identificar un colectivo de pacientes con perfil sociosanitario en los que confluyen de manera simultánea una necesidad médica, una necesidad funcional y social. Para ello deben desarrollarse herramientas de identificación de pacientes con riesgo de precisar atención sociosanitaria. Con este objetivo el Servizo Galego de Saúde pretende la identificación de estos pacientes con la intención de mejorar las prestaciones y conseguir la máxima satisfacción de los usuarios teniendo como objetivo garantizar que el máximo número de pacientes con perfil sociosanitario tengan la atención sanitaria que necesitan.

La tercera línea de actuación general trata de garantizar el nivel de excelencia futura incorporando las nuevas tecnologías, para lo cual es necesario conocer y aprovechar al máximo las oportunidades ofrecidas por los recursos tecnológicos, dotando al sector sociosanitario de los medios adecuados, desarrollando los sistemas de información específicos y preparando tanto a los profesionales como a los usuarios para su uso. Además, y no sólo por ser una de las líneas prioritarias de las políticas europeas, se considera un sector en el que la innovación puede permitir mejorar la eficiencia del sistema y la calidad de vida de las personas.

3.3.2. Líneas de actuación específicas e iniciativas

Para poder llevar a cabo las líneas de actuación generales mencionadas en el apartado anterior se han concretado **7 líneas de actuación específicas y 28 iniciativas** que se presentan a continuación.

LÍNEA DE ACTUACIÓN GENERAL 1

1. Conseguir un sistema de atención compartido y coordinado entre la red de servicios sociales y sanitarios, desarrollando instrumentos de gestión que permitan su confluencia

Líneas de actuación específicas

- 1.1 Definir una cartera de servicios sociosanitarios única y su sistema de acceso

Iniciativas

1. Actualizar la información de los **registros de los recursos** sociosanitarios señalando los centros, servicios y programas, los criterios a cumplir, así como la cartera de servicios y el perfil del paciente al que están destinados, promoviendo la **compatibilidad tecnológica** para la integración de la información sanitaria y social.
2. Establecer un procedimiento de acceso homogéneo a los recursos sociosanitarios para todas las instituciones públicas, a través de programas de **gestión de casos**.
3. Fomentar el desarrollo de equipos de enlace y gestión de casos en el marco de cada área sanitaria reforzando el rol de los profesionales de enfermería y trabajadores sociales.

- 1.2 Mejorar y fomentar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, a través de una planificación conjunta

Iniciativas

4. Analizar la situación de las estrategias sociosanitarias dentro del ámbito del Comité de planificación sociosanitaria de Galicia.
5. Desarrollar programas y servicios para atender a las personas con necesidades sociosanitarias mediante la planificación conjunta buscando el equilibrio interterritorial en la oferta de los mismos, en el marco de cada área sanitaria.
6. Promover el desarrollo de **recursos sociosanitarios intermedios con estancias de duración limitada** en coordinación con servicios sociales estableciendo el procedimiento de entrada, de seguimiento y de salida adecuado a cada perfil.
7. Promover **acuerdos conjuntos de colaboración** interinstitucionales, interconsellerías, relacionados con los perfiles de pacientes con necesidades sociosanitarias, con el fin de conseguir un proceso de atención continuada e integrada, priorizando la atención a personas mayores y con enfermedad mental en función de las necesidades, teniendo en cuenta el volumen y el impacto social.
8. Fomentar **actividades de coordinación entre los profesionales** sanitarios y de servicios sociales, recogiendo los procedimientos en manuales específicos.
9. Promover el seguimiento conjunto de los pacientes con perfil sociosanitario al alta hospitalaria.
10. Establecer **mecanismos de coordinación a nivel institucional** que permitan la gestión y evaluación ágil de casos de alta complejidad.
11. Desarrollar actividades formativas conjuntas para los profesionales, promoviendo el desarrollo de la investigación y de estudios específicos.
12. Estudiar nuevas fórmulas de financiación conjunta en el ámbito sanitario y social.

1.3 Potenciar la colaboración conjunta de los servicios sanitarios y sociales con otras entidades

Iniciativas

- 13. Promover acuerdos conjuntos de colaboración con entidades sin ánimo de lucro.
- 14. Promover acuerdos conjuntos de colaboración con organismos oficiales, universidades y otros proveedores expertos.

1.4 Potenciar la prestación de una atención personalizada y de calidad, mejorando la eficiencia. Apoyo al cuidador/a formal e informal

Iniciativas

- 15. Impulsar medidas de asesoramiento y formación a los cuidadores informales.
- 16. Apoyo al cuidador informal potenciando los grupos de autoayuda y voluntariado.
- 17. Potenciar el papel de los profesionales de Atención Primaria, en la atención a los cuidadores habituales y a los familiares de personas dependientes (atención, información y formación).
- 18. Apoyar a las familias y cuidadores en la atención a los pacientes con perfil sociosanitario facilitándoles la búsqueda de recursos, el acceso a la información y facilitando la gestión de los procedimientos en los trámites sociales y sanitarios básicos necesarios.
- 19. Impulsar medidas de apoyo, asesoramiento y **formación a los cuidadores formales o profesionales.**

LÍNEA DE ACTUACIÓN GENERAL 2

2. Identificar y atender a las personas con necesidades de atención sociosanitarias en el ámbito sanitario

Línea de actuación específica

2.1 Desarrollar herramientas de identificación de pacientes con riesgo de perfil sociosanitario

Iniciativas

- 20. Establecer herramientas de detección de necesidades sociosanitarias y/o en riesgo de emergencia social en el área sanitaria.
- 21. Potenciar la detección proactiva de pacientes con perfil sociosanitario, captando a las personas en situación de riesgo.
- 22. Habilitar en la historia clínica electrónica herramientas que permitan agrupar las características de los pacientes en riesgo de necesitar atención sociosanitaria.

LÍNEA DE ACTUACIÓN GENERAL 3

3. Garantizar el nivel de excelencia futura a través de la innovación, el desarrollo de sistemas de información y la promoción de las nuevas tecnologías

Líneas de actuación específicas

3.1 Apuesta por las nuevas tecnologías y la innovación en la atención sociosanitaria: teleasistencia, telemedicina

Iniciativas

- 23. Desarrollar programas e incorporar los recursos tecnológicos y el uso de las TIC's a la asistencia sociosanitaria en el domicilio del paciente y evitar su institucionalización tal como se recoge en el proyecto Innova Saúde, dentro del cual se encuentra el programa "Hogar digital".
- 24. Mejorar la eficiencia, fomentando el desarrollo conjunto de programas y avances técnicos aplicables al sector sociosanitario a través de acuerdos institucionales con la Consellería de Traballo e Benestar u otras consellerías, la universidad y proveedores en este campo.

Línea de actuación específica

3.2 Adaptar y desarrollar los sistemas de información, incorporando los datos referidos a la atención sociosanitaria

Iniciativas:

- 25. Difundir y promover la necesidad de registrar la información del entorno social de los pacientes en la historia clínica electrónica.
- 26. Incorporar a los sistemas de información del Sergas la posibilidad de explotación y análisis de datos referidos a la atención sociosanitaria, con el fin de adecuar los recursos y servicios a sus necesidades reales.
- 27. Promover el registro y codificación de los diagnósticos complementarios que favorecen la identificación de los pacientes con riesgo de necesidad de atención sociosanitaria, agrupándolos por perfiles.
- 28. Promover el análisis de los sistemas de información para conocer las necesidades sociosanitarias en cada área.

3.3.3. Indicadores de evaluación y seguimiento

Ver Anexo I

3.3.4. Financiación

Los servicios definidos como sociosanitarios dividen su coste en dos módulos que representan los servicios sanitarios y sociales prestados. Las aportaciones del usuario deben colaborar en garantizar la sostenibilidad del sistema dentro de un marco de equidad y transparencia, como principio relativo a la participación del mismo en la financiación del coste del servicio teniendo en cuenta que:

- El módulo sanitario es de prestación universal y su financiación en estos momentos es pública en su mayor parte.
- El módulo social actualmente se financia a través de aportaciones públicas y de aportaciones de los propios beneficiarios, siendo este módulo subsidiario del copago.

Los usuarios de los servicios sociosanitarios precisan de una oferta integrada de servicios, que debiendo estar bien diferenciados tanto por su dependencia como por su tipo de financiación, necesitan una agencia de financiación conjunta para que trabajen sinérgicamente sobre el mismo usuario.

El proceso puede llevarse a cabo desde la creación de una caja común que permita la financiación clásica de servicios en base a presupuesto, o la generación de nuevos incentivos adicionales no solamente económicos para estimular el cambio en determinados servicios.

Lo más importante es que permitiría la planificación de un modelo de actuación diferenciando claramente la prestación social y sanitaria, lo cual facilita el establecimiento de fórmulas de aportación económica por parte del usuario en lo que respecta al factor residencial. De hecho, en el estudio del mapa de recursos sociosanitarios de Galicia se menciona que la autofinanciación es la vía de financiación más frecuente por parte de los usuarios.

3.3.5. Plan de acción: priorización de iniciativas y calendario de actuaciones

El desarrollo de las iniciativas de este Plan marco de atención sociosanitaria para el periodo 2013-2016 se ha priorizado y plasmado en un cronograma de actuaciones, que una vez aprobado por el Servizo Galego de Saúde, deberá ser supervisado y evaluado por una comisión de seguimiento que se reunirá periódicamente.

INICIATIVAS	PRIORIDAD P1:Corto plazo P2:Medio Plazo P3:Largo Plazo	PERIODO DE EJECUCIÓN			
		2013	2014	2015	2016
1. Actualizar y añadir información a los registros de los recursos sociosanitarios señalando los centros, servicios y programas, los criterios a cumplir, así como la cartera de servicios y el perfil del paciente al que están destinados, promoviendo la compatibilidad tecnológica para la integración de la información sanitaria y social	P1	X			
2. Establecer un procedimiento de acceso homogéneo a los recursos sociosanitarios para todas las instituciones públicas, a través de programas de gestión de casos	P2		X		
3. Fomentar el desarrollo de Equipos de Enlace y Gestión de Casos en el marco de cada área sanitaria reforzando el rol de los profesionales de enfermería y trabajadores sociales	P2		X		
4. Analizar la situación de las estrategias sociosanitarias dentro del ámbito del Comité de planificación sociosanitaria de Galicia	P1	X			
5. Desarrollar programas y servicios para atender a las personas con necesidades sociosanitarias mediante la planificación conjunta buscando el equilibrio interterritorial en la oferta de los mismos, en el marco de cada área sanitaria	P2			X	
6. Promover el desarrollo de recursos sociosanitarios intermedios con estancias de duración limitada en coordinación con servicios sociales estableciendo el procedimiento de entrada, seguimiento y de salida adecuado a cada perfil	P2			X	
7.Promover acuerdos conjuntos de colaboración interinstitucionales, interconsellerías, relacionados con los perfiles de pacientes con necesidades sociosanitarias, con el fin de conseguir un proceso de atención continuada e integrada, priorizando la atención a personas mayores y con enfermedad mental en función de las necesidades, teniendo en cuenta el volumen y el impacto social	P1	X			
8. Fomentar actividades de coordinación entre los profesionales sanitarios y de servicios sociales, recogiendo los procedimientos en manuales específicos	P1	X			
9. Promover el seguimiento conjunto de los pacientes con perfil sociosanitario al alta hospitalaria	P3				X
10. Establecer mecanismos de coordinación a nivel institucional que permitan la gestión y evaluación ágil de casos de alta complejidad	P2			X	
11. Desarrollar actividades formativas conjuntas para los profesionales, promoviendo el desarrollo de la investigación y de estudios específicos	P2		X		
12. Estudiar nuevas fórmulas de financiación conjunta en el ámbito sanitario y social	P2			X	
13. Promover acuerdos conjuntos de colaboración con entidades sin ánimo de lucro	P3				X
14. Promover acuerdos conjuntos de colaboración con organismos oficiales, universidades y otros proveedores expertos	P2		X		
15. Impulsar medidas de asesoramiento y formación a los cuidadores informales	P2		X		
16. Apoyo al cuidador informal potenciando los grupos de autoayuda y voluntariado	P2			X	
17. Potenciar el papel de los profesionales de Atención Primaria, en la atención a los cuidadores habituales y a los familiares de personas dependientes (atención, información y formación)	P2			X	
18. Apoyar a las familias y cuidadores en la atención a los pacientes con perfil sociosanitario facilitándoles la búsqueda de recursos, el acceso a la información y facilitando la gestión de los procedimientos en los trámites sociales y sanitarios básicos necesarios	P2			X	
19. Impulsar medidas de apoyo, asesoramiento y formación a los cuidadores formales/profesionales	P1	X			
20. Establecer herramientas de detección de necesidades sociosanitarias y/o en riesgo de emergencia social en el área sanitaria	P3				X
21. Potenciar la detección proactiva de pacientes con perfil sociosanitario, captando a las personas en situación de riesgo	P2			X	
22. Habilitar en la historia clínica electrónica herramientas que permitan agrupar las características de los pacientes en riesgo de necesitar atención sociosanitaria	P2		X		
23. Desarrollar programas e incorporar los recursos tecnológicos y el uso de las TIC's a la asistencia sociosanitaria en el domicilio del paciente y evitar su institucionalización, tal como se recoge en el proyecto Innova Saúde	P2			X	
24. Mejorar la eficiencia, fomentando el desarrollo conjunto de programas innovadores y avances técnicos aplicables al sector sociosanitario a través de acuerdos institucionales con la Consellería de Trabajo e Benestar u otras consellerías, la universidad y proveedores en este campo	P3				X
25. Difundir y promover la necesidad de registrar la información del entorno social de los pacientes en la historia clínica electrónica	P2		X		
26. Incorporar a los sistemas de información del Sergas la posibilidad de explotación y análisis de datos referidos a la atención sociosanitaria, con el fin de adecuar los recursos y servicios a sus necesidades reales	P3				X
27. Promover el registro y codificación de los diagnósticos complementarios que favorecen la identificación de los pacientes con riesgo de necesidad de atención sociosanitaria, agrupándolos por perfiles	P2		X		
28. Promover el análisis de los sistemas de información para conocer las necesidades sociosanitarias en cada área	P3				X

ANEXOS

ANEXO I

Indicadores de evaluación y seguimiento

LÍNEAS DE ACTUACIÓN E INICIATIVAS PLAN MARCO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA DE GALICIA			
LINEAS DE ACTUACIÓN GENERALES	LINEAS DE ACTUACIÓN ESPECÍFICAS	INICIATIVAS	INDICADORES
1. Conseguir un sistema de atención compartido y coordinado entre la red de servicios social y sanitaria, desarrollando instrumentos de gestión que permitan su confluencia.	1.1 Definir una cartera de servicios sociosanitarios única y su sistema de acceso.	1. Actualizar la información de los registros de los recursos sociosanitarios señalando los centros, servicios y programas, los criterios a cumplir, así como la cartera de servicios y el perfil del paciente al que están destinados, promoviendo la compatibilidad tecnológica para la integración de la información sanitaria y social.	1 - ENTREGABLE: Elaboración de documento con las iniciativas descritas 2 - Implantación de los criterios definidos en registros de centros para facilitar su explotación en REXCE 3 - Nº de centros, servicios o programas que se incluyen con dichos criterios
		2. Establecer un procedimiento de acceso homogéneo a los recursos sociosanitarios para todas las instituciones públicas, a través de programas de gestión de casos .	1 - ENTREGABLE: Elaboración del circuito de acceso
		3. Fomentar el desarrollo de Equipos de Enlace y Gestión de Casos en el marco de cada área sanitaria reforzando el rol de los profesionales de enfermería y trabajadores sociales.	1 - Nº de equipos de enlace y gestión de casos creados 2 - Nº casos atendidos
	1.2 Mejorar y fomentar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, a través de una planificación conjunta.	4. Analizar la situación de las estrategias sociosanitarias dentro del ámbito del Comité de planificación sociosanitaria de Galicia.	1- Nº reuniones del comité sociosanitario
		5-Desarrollar programas y servicios para atender a las personas con necesidades sociosanitarias mediante la planificación conjunta buscando el equilibrio interterritorial en la oferta de los mismos, en el marco de cada área sanitaria.	1- Nº programas elaborados 2- Nº servicios realizados
		6. Promover el desarrollo de recursos sociosanitarios intermedios con estancias de duración limitada en coordinación con servicios sociales estableciendo el procedimiento de entrada, seguimiento y de salida adecuado a cada perfil.	1 - ENTREGABLE: Elaboración de documento que detalle el sistema de acceso a recursos intermedios 2- Nº de recursos SOCIO SANITARIOS INTERMEDIOS creados 3- Nº de plazas disponibles en dichos recursos 4 - Nº de beneficiarios
		7. Promover acuerdos conjuntos de colaboración interinstitucionales, interconsellerías, relacionados con los perfiles de pacientes con necesidades sociosanitarias, con el fin de conseguir un proceso de atención continuada e integrada, priorizando la atención a personas mayores y con enfermedad mental en función de las necesidades, teniendo en cuenta el volumen y el impacto social.	1- ENTREGABLE: Proceso de atención continuada. 2 - Nº de acuerdos conjuntos suscritos 3 - Nº de beneficiarios
		8. Fomentar actividades de coordinación entre los profesionales sanitarios y de servicios sociales, recogiendo los procedimientos en manuales específicos.	1- Nº reuniones mantenidas 2- Nº procedimientos comunes elaborados
		9. Promover el seguimiento conjunto de los pacientes con perfil sociosanitario al alta hospitalaria.	1 - ENTREGABLE: Establecer el sistema de acceso del trabajador social a la historia clínica electrónica para el registro de su información 2- Porcentaje de pacientes con informe social al alta hospitalaria 3- Porcentaje de pacientes con valoración de riesgo sociosanitario hospitalario en su historia clínica electrónica
		10. Establecer mecanismos de coordinación a nivel institucional que permitan la gestión y evaluación ágil de casos de alta complejidad.	1 - Nº de reuniones para la evaluación de casos de alta complejidad. 2 - Nº de pacientes atendidos con perfil sociosanitario de alta complejidad
		11. Desarrollar actividades formativas conjuntas para los profesionales , promoviendo el desarrollo de la investigación y de estudios específicos.	1 - Nº de cursos o actividades formativas de temática sociosanitaria conjuntas anuales 2 - Nº de estudios o proyectos de investigación sociosanitaria desarrollados conjuntamente
		12. Estudiar nuevas fórmulas de financiación conjunta en el ámbito sanitario y social.	1- ENTREGABLE: Informe de nuevas fórmulas de financiación propuestas y su resultado. 2- Nº de actividades realizadas financiadas conjuntamente.
	1.3 Potenciar la colaboración conjunta de los servicios sanitarios y sociales con otras entidades.	13. Promover acuerdos conjuntos de colaboración con entidades sin ánimo de lucro.	1 - Nº de acuerdos promovidos al amparo de esta iniciativa con entidades sin ánimo de lucro
		14. Promover acuerdos conjuntos de colaboración con organismos oficiales, universidades y otros proveedores expertos.	1 - Nº de acuerdos promovidos al amparo de esta iniciativa con dichas entidades.
	1.4 Potenciar la prestación de una atención personalizada y de calidad, mejorando la eficiencia. Apoyo al cuidador/a formal e informal.	15. Impulsar medidas de asesoramiento y formación a los cuidadores informales.	1 - Nº de medidas de apoyo, programas de asesoramiento o cursos de formación dirigidos a cuidadores informales
		16. Apoyo al cuidador informal potenciando los grupos de autoayuda y voluntariado.	1 - Nº de grupos de autoayuda y voluntariado creados anualmente
		17. Potenciar el papel de los profesionales de Atención Primaria, en la atención a los cuidadores habituales y a los familiares de personas dependientes (atención, información y formación)	1 - Nº de grupos creados en atención primaria con cuidadores y/o familiares
		18. Apoyar a las familias y cuidadores en la atención a los pacientes con perfil sociosanitario facilitándoles la búsqueda de recursos, el acceso a la información y facilitando la gestión de los procedimientos en los trámites sociales y sanitarios básicos necesarios.	1 - Encuesta sobre apoyo a familias y cuidadores por parte de Atención Primaria, especializada o servicios sociales y grado de satisfacción
		19. Impulsar medidas de apoyo, asesoramiento y formación a los cuidadores formales o profesionales	1 - Nº de actividades conjuntas (programas, asesoramiento o cursos de formación) dirigidos a cuidadores formales
2.Identificar y atender a las personas con necesidades de atención sociosanitarias en el ámbito sanitario.	2.1 Desarrollar herramientas de identificación de pacientes con riesgo de perfil sociosanitario	20. Establecer herramientas de detección de necesidades sociosanitarias y/o en riesgo de emergencia social en el área sanitaria.	1 - Nº de programas o herramientas creadas para la detección de necesidades
		21. Potenciar la detección proactiva de pacientes con perfil sociosanitario, captando a las personas en situación de riesgo.	1- ENTREGABLE: Elaboración de documento para definir procedimiento de detección proactiva de pacientes con perfil sociosanitario 2- Nº de personas con perfil sociosanitario detectados en atención primaria
		22. Habilitar en la historia clínica electrónica herramientas que permitan agrupar las características de los pacientes en riesgo de necesitar atención sociosanitaria	1- ENTREGABLE: habilitar en historia clínica sistemas para identificar riesgo de atención sociosanitaria
3.Garantizar el nivel de excelencia futura a través de la innovación, desarrollo de los sistemas de información y promoción de las nuevas tecnologías.	3.1 Apuesta por las nuevas tecnologías y la innovación en la atención sociosanitaria. Teleasistencia, telemedicina, telemonitorización	23. Desarrollar programas e incorporar los recursos tecnológicos y el uso de las TIC's a la asistencia sociosanitaria en el domicilio del paciente y evitar su institucionalización, tal como se recoge en el proyecto Innova Saúde , dentro del cual se encuentra el programa " Hogar digital ".	1 - Nº de programas sociosanitarios realizados en domicilio usando recursos tecnológicos y TIC 2- Nº de personas que utilizan recursos tecnológicos facilitadores de la permanencia en su entorno 3- Nº registros de teleasistencia
		24. Mejorar la eficiencia, fomentando el desarrollo conjunto de programas innovadores y avances técnicos aplicables al sector sociosanitario a través de acuerdos institucionales con la Consellería de Trabajo e Benestar u otras consellerías, la universidad y proveedores en este campo.	1 - Nº de programas conjuntos 2 - Nº de recursos o aplicaciones TIC'S incorporados a la asistencia sociosanitaria
	3.2 Adaptar y desarrollar los sistemas de información, incorporando los datos referidos a la atención sociosanitaria.	25. Difundir y promover la necesidad de registrar la información del entorno social de los pacientes en la historia clínica electrónica.	1- Nº informes sociales registrados en la historia clínica electrónica
		26. Incorporar a los sistemas de información del Sergas la posibilidad de explotación y análisis de datos referidos a la atención sociosanitaria, con el fin de adecuar los recursos y servicios a sus necesidades reales.	1- Nº reuniones para implantación de la información 2- Nº de informes de seguimiento de actividad desde los sistemas de información
		27. Promover el registro y codificación de los diagnósticos complementarios que favorecen la identificación de los pacientes con riesgo de necesidad de atención sociosanitaria, agrupándolos por perfiles.	1- Porcentaje de historias con registro y/o codificación en Ianus de diagnósticos complementarios 2- Nº acciones formativas a profesionales para la codificación
		28. Promover el análisis de los sistemas de información para conocer las necesidades sociosanitarias en cada área	ENTREGABLES: Elaboración de documento que defina perfil sociosanitario, estancias evitables de causa sociosanitaria y programas de atención domiciliaria 1- Porcentaje de pacientes con perfil sociosanitario atendidos en urgencias hospitalarias 2- Nº estancias evitables de causa sociosanitaria 3- Nº de personas atendidas en programas de atención domiciliaria

ANEXO II

Legislación actual aplicable en el ámbito sociosanitario en Galicia

En la comunidad autónoma gallega, desde la Consellería de Sanidad se dispone de la siguiente regulación relacionada con el sector sociosanitario que se presenta ordenada cronológicamente:

- Orden de 23 de octubre de 1998, por la que se regulan los centros de rehabilitación psicosocial y laboral para enfermos mentales crónicos como desarrollo de los dispositivos de apoyo comunitario.
- Decreto 347/2002, de 5 de diciembre, por el que se regulan los pisos protegidos, viviendas de transición y unidades residenciales para personas con trastornos mentales persistentes.
- Real decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. Creación de la Comisión Interdepartamental de Coordinación sociosanitaria de Galicia. Art. 137.
- Decreto 12/2009, de 8 de enero, por el que se regula la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Decreto 43/2013 de 21 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud.
- Orden conjunta del 7 de agosto de 2009, de la Consellería de Sanidad y de la Consellería de Trabajo y Bienestar, por la que se crea el comité de planificación de atención sociosanitaria vinculado a la Comisión Interdepartamental de Coordinación de Atención Sociosanitaria de Galicia.
- Decreto 168/2010, de 7 de octubre, por el que se regula la estructura organizativa de gestión integrada del Servicio Gallego de Salud. “Las estructuras de gestión integrada asumirán, con autonomía funcional, prestaciones, programas de la atención sanitaria, tanto del nivel de atención primaria como especializada, así como sociosanitaria y de promoción y protección de la salud”.
- Orden de 9 de enero de 2012, por la que se establecen las bases reguladoras y se convocan ayudas, en régimen de concurrencia competitiva, a las entidades privadas sin ánimo de lucro para la realización de programas de incorporación social en viviendas para pacientes estabilizados en las unidades asistenciales con especialización en drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- Orden de 9 de enero de 2012, por la que se establecen las bases reguladoras y se convocan subvenciones, en régimen de concurrencia competitiva, a las entidades privadas sin ánimo de lucro para la realización de programas de carácter sociosanitario.

ANEXO III

Referencias legales y documentos de interés

Referencias europeas

■ R (98) 9 de septiembre DE 1998 del Consejo de Europa

Define la dependencia como el “estado en el que se encuentran las personas que por razones de falta de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que podamos hablar de una situación de dependencia:

- En primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona.
- En segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria.
- En tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Referencias nacionales

■ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud

Define la atención sociosanitaria en su artículo 14 como el “conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”, especificando que se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- Los cuidados sanitarios de larga duración.
- La atención sanitaria a la convalecencia.
- La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Además, también menciona la coordinación intersectorial como la continuidad del servicio garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.

■ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Establece tres tipos de dependencia con dos niveles cada uno:

- Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

- Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

■ Libro blanco de la dependencia

El Libro blanco es un documento que muestra la “radiografía” de la situación de la dependencia en España determinando perfiles, necesidades, estimaciones y variables sociodemográficas. El análisis se centra en grupos específicos, distinguiendo la situación de los mayores de 65 años y los menores de esta edad, así como la necesaria cobertura sanitaria a las necesidades de dependencia. Además establece criterios de coordinación entre los sistemas sanitario y social para el desarrollo adecuado de la atención y el fomento de la continuidad de cuidados.

El libro blanco asume la definición de dependencia del Consejo de Europa: “aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”.

■ Libro blanco de la coordinación sociosanitaria

El Ministerio de Sanidad y Política Social elaboró a finales de 2011 un primer borrador del libro blanco para mejorar la coordinación sociosanitaria, documento en el que estuvo trabajando conjuntamente con las comunidades autónomas.

La idea era recoger en ese libro blanco las experiencias de aquellas comunidades que ya han impulsado medidas en este campo, así como realizar nuevas reflexiones. Para ello se definieron cuatro áreas de trabajo:

- Coordinación social y sanitaria y la atención primaria de la salud y de los servicios sociales.
- Sistemas de información, organización territorial y de formación de los profesionales.
- Coordinación de los servicios de atención domiciliaria y residencial
- Apoyo a las personas cuidadoras.

■ Ley 13/2008 de 3 de diciembre, de servicios sociales

Tiene por objeto estructurar y regular, como servicio público, los servicios sociales en Galicia para la construcción del sistema gallego de bienestar. Mediante la presente ley los poderes públicos gallegos garantizan como derecho reconocible y exigible el derecho de las personas a los servicios sociales que les correspondan en función de la valoración objetiva de sus necesidades, a fin de posibilitar que su libertad e igualdad sean reales y efectivas, removiendo los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud y facilitando la participación de todas y todos en la vida política, económica, cultural y social.

■ Plan de actuación social Galicia, 2010-2013. Horizonte 2015

Plan de promoción y atención al bienestar de las personas

Este documento refleja los problemas formulados por la ley de promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia a causa de la lentitud en la tramitación de las situaciones de dependencia, elección de la prestación de ayuda económica frente a la prestación de servicios o falta de oferta de servicios adecuada a los ámbitos en los que las personas residen con la necesidad de recursos de proximidad.

Propone mejorar la gestión de la demanda de las personas que solicitan el reconocimiento de este derecho a través de la incorporación de nuevas tecnologías y la coordinación con los ayuntamientos, las entidades de iniciativa social y los departamentos autonómicos con competencias en atención a las personas, así como la oferta de servicios y/o prestaciones que debe hacer posible la atención a todas las personas a las que se les reconozca este derecho. Se menciona la necesidad de redefinición y diversificación de los servicios, más adaptados a las cambiantes necesidades sociales, con el incremento de la cartera de servicios de proximidad que permitan prolongar las estancias en su domicilio con los apoyos necesarios.

Como eje estratégico se propone en la gestión de la demanda incrementar la respuesta a las peticiones de personas que demandan atención a la dependencia, primar la prestación de servicios frente a la ayuda económica, garantizar la permanencia de las personas en situación de dependencia en el ámbito habitual asegurando la calidad de los cuidados y el seguimiento de los servicios y/o prestaciones o incrementar la oferta de servicios y recursos de proximidad y velar por su calidad.

Como propuesta en la gestión de la oferta de servicios debería incrementarse la oferta pública de servicios utilizando los servicios existentes, mejorar la calidad de los servicios, adaptar la oferta a las características de los ámbitos rurales o garantizar servicios para asegurar la atención en el domicilio personal, dando respuesta a la voluntad de las personas que desean permanecer en su hogar. Además, resulta interesante consolidar una línea de servicios de apoyo al cuidador de la persona en situación de dependencia.

■ Plan gallego de cuidados paliativos. Año 2006

Describe los antecedentes existentes y el marco normativo en que se desarrolla; hace un análisis de la situación; concreta la misión y los objetivos y define la estructura, funcionamiento y coordinación de los dispositivos asistenciales; hace referencia a la formación y a la investigación y describe los sistemas de información, evaluación y seguimiento.

■ Plan de acción integral para las personas con discapacidad de Galicia, 2010-2013

Con el objetivo de alcanzar la participación plena de las personas con discapacidad en la sociedad y en la integración de los aspectos que más afectan a este colectivo en todos los ámbitos de actuación, se diseñó este plan que trata de conseguir la igualdad real con el resto de la ciudadanía.

ANEXO IV

Participantes en los grupos de trabajo

Coordinación general y dirección técnica:

- M^a Fernanda López Crecente. Subdirectora General de Gestión Sociosanitaria y Salud Mental. Servizo Galego de Saúde.
- José Manuel Fernández García. Jefe de Servicio de Gestión Sociosanitaria. Servizo Galego de Saúde.
- Manuel Arrojo Romero. Jefe de Servicio de Salud Mental y Asistencia a Drogodependencias. Servizo Galego de Saúde.

Grupo de atención sociosanitaria de Salud Mental y adicciones:

- M^a Fernanda López Crecente. Subdirectora General de Gestión Sociosanitaria y Salud Mental. Servizo Galego de Saúde.
- Manuel Arrojo Romero. Jefe de Servicio de Salud Mental y Asistencia a Drogodependencias. Servizo Galego de Saúde.
- José Manuel Fernández García. Jefe de Servicio de Gestión Sociosanitaria. Servizo Galego de Saúde.
- Mercedes Lanza Gándara. Jefa del Servicio de Conciertos. Servizo Galego de Saúde.
- Eduardo Paz Silva. Médico especialista en psiquiatría. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Servizo Galego de Saúde.
- Ignacio Gómez Reino Rodríguez. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Complexo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde.
- Luis Rodríguez Carmona. Trabajador social. Complexo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde.
- Rosa Iglesias Alonso. Jefa de Servicio de Discapacidad. Consellería de Traballo e Benestar.
- Montserrat García Cedrón. Coordinadora del Servicio de Dependencia. Consellería de Traballo e Benestar.
- Eugenia Paz Costoya. Jefa del Servicio de Inclusión Social. Consellería de Traballo e Benestar.
- Isauro Gómez Tato. Médico especialista en Psiquiatría. Unidad de Salud Mental-Lérez. Pontevedra. Servizo Galego de Saúde.
- María Areñas Gómez. Trabajadora social da Unidad de coordinación da dependencia. Consellería de Traballo e Benestar.
- Jesús Osorio López. Técnico del Servicio de Gestión Sociosanitaria. Servizo Galego de Saúde.

Grupo de trabajo sociosanitario para la atención del enfermo crónico:

- M^a Fernanda López Crecente. Subdirectora General de Gestión Sociosanitaria y Salud Mental. Servizo Galego de Saúde.
- José Manuel Fernández García. Jefe de Servicio de Gestión Sociosanitaria. Servizo Galego de Saúde.
- Luz Campello García. Trabajadora Social. Hospital Marítimo de Oza. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. Servizo Galego de Saúde.
- Antonio Pose Reino. Jefe de Servicio Medicina Interna. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago. Servizo Galego de Saúde.
- Alfonso Alonso Fachado. Médico especialista en Medicina Familiar. Centro de salud de Carballo. Servizo Galego de Saúde.
- Manuel Vidal Fernández Fernández. DUE. Centro de salud de Oroso. Servizo Galego de Saúde.
- Juan No Sanchez. Médico especialista en Rehabilitación. Complexo Hospitalario de Ferrol. Servizo Galego de Saúde.
- Mercedes Lanza Gándara. Jefa de Servicio de Conciertos. Servizo Galego de Saúde.
- Luis Arantón Areosa. Jefe de Servicio de Integración Asistencial. Servizo Galego de Saúde.
- María del Carmen Calviño Rodríguez. Subdirectora de Coordinación de Equipamientos y Servicios para personas mayores y con discapacidad. Consellería de Traballo e Benestar.
- Miguel Gallego Pérez. Médico. Residencia Asistida de Vigo. Consellería de Traballo e Benestar.
- Ángel Ramón López Triguero. DUE. Plan Galego de Coidados Paliativos. Servizo Galego de Saúde.
- Carlos Fernández Fraga. Médico. Plan Galego de Coidados Paliativos. Servizo Galego de Saúde.
- Isauro Gómez Tato. Médico especialista en Psiquiatría. Unidad de Salud Mental-Lérez. Pontevedra. Servizo Galego de Saúde.
- Ana Calvo Pérez. DUE. Servicio Integración Asistencial. Servizo Galego de Saúde.
- Purificación Rodríguez Vázquez. Trabajadora Social. Hospital Marítimo de Oza. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Servizo Galego de Saúde.
- Teresa Cendón Alonso. Unidade de Avaluación y Control de Conciertos. Pontevedra. Servizo Galego de Saúde.
- Sara Cerqueiro Pereira. Médico. Unidad de coordinación de Dependencia. Consellería de Traballo e Benestar.
- María José Gil Leal. Médico coordinador F.P. de Urgencias sanitarias 061. Servizo Galego de Saúde.
- José María Prieto González. Médico especialista en neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Servizo Galego de Saúde.
- Purificación Carreira Expósito. Jefa de Servicio de Equipamientos y Servicios para personas mayores. Consellería de Traballo e Benestar.

■ **Consultoría:** Gesmédica. Gestión de proyectos y tecnología médica.

ANEXO V

Bibliografía

- A. PÉREZ-RUBIO, S. SANTOS, F. J. LUQUERO, S. TAMAMES, B. CANTÓN, J.J. CASTRODEZA. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. "Evaluación de la adecuación de las estancias en un Hospital de tercer nivel".
- ENRIQUE BERJANO PEIRATS Y EVANGELINA GARCÍA BURGOS. "Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI" Colección FEAPS. Madrid: FEAPS, 2010.
- FEAPS. Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. "Trastornos de la salud mental en las personas con discapacidad intelectual".
- J.L. CARRASCO. "El Método Estadístico en la Investigación Médica". Ed. Ciencia 3. 2ª Edición.
- JOAN COSTA-FONT, JOAN GIL-TRASÍ, OSCAR MASCARILLA-MIRÓ, CAEPS, Universitat de Barcelona "Capacidad de la Vivienda en Propiedad como Instrumento de Financiación de las Personas Mayores en España". PREMIO Edad&Vida 2005. Pág. 27-42.
- JULIO SÁNCHEZ FIERRO. Miembro del Consejo de expertos del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social."SALUD Y DEPENDENCIA". 2008.
- M^a DEL CASTILLO GALLARDO FERNÁNDEZ, JUAN CARLOS NAVARRO ZAFRA, PEDRO CHICHARRO RODRÍGUEZ. "Relación entre el futuro sistema nacional de dependencia y la Seguridad Social, y entre aquel y el sistema nacional de salud: posibles medidas de coordinación". 2007-2008.
- ROSA PÉREZ GIL (Ed.) "Hacia una cálida vejez: Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental" Colección FEAPS. Madrid: FEAPS, 2002.
- Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Bengoa R, Nuño R. 2008.
- Observatorio de Personas Mayores 2009. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Subdirección General de Planificación Ordenación y Evaluación.
- Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad. Galicia, 2010-2013. 2010.Xunta de Galicia.
- Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD).Año 2008. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Palliative care: a model for innovative health and social policies. Noviembre 2008.
- Claves para la construcción de un espacio sociosanitario, de Antares Consulting S.A. Antares Consulting, S.A.
- ROSÓN B., VÁZQUEZ G., PRADO J. Las TIC en el Sistema Gallego de Salud. Informática y salud. 2011;89:14-26.

Referencias normativas

■ Normativa estatal

- Ley 14/1986, do 25 de abril, General de Sanidad. BOE Nº 102, do 29 de abril de 1986
- Ley 16/2003, do 28 de mayo, de cohesión e calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE Nº 128, do 29 de mayo de 2003.

- Ley 39/2006, do 14 de decembro, de Promoción da autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE Nº 299, do 15 de decembro de 2006.
- Ley Orgánica 1/1981, do 6 de abril, de Estatuto de autonomía de Galicia. BOE Nº 101, do 28 de abril de 1981.
- Resolución de 31 de Enero de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se establecen los precios en los centros residenciales de personas discapacitadas con los que se realizan conciertos de reserva y ocupación de plazas.
- Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. BOE Nº 202, del 21 de agosto de 2008.
- Ley 13/2008, de 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia, BOE Nº 15 de 17 de enero de 2009.
- Ley 39/2006, de 14 de decembro, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia. BOE Nº 299 , de 15 de decembro de 2006.

■ Normativa autonómica

- Decreto 143/2007, do 12 de xullo, polo que se regula o réxime de autorización e acreditación dos programas e centros de Servizos sociais. DOG Nº 147, do 31 de xullo de 2007.
- Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia o dereito ás prestacións do SAAD, o procedemento para a elaboración do Programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes. DOG Nº 34, do 19 de febreiro de 2010.
- Decreto 253/2000, do 5 de outubro, polo que se crea e regula o Consello Galego das Persoas Maiores. DOG Nº 207, do 25 de outubro de 2000.
- Lei 13/ 2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia. DOG Nº 245, do 18 de decembro de 2008.
- Decreto 160/2010, do 23 de setembro, polo que se establecen as tarifas dos Servizos sanitarios prestados nos centros dependentes do Servizo Galego de Saúde e nas fundacións públicas sanitarias. DOG Nº 188, do 23 setembro de 2010.
- Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica. DOG Nº 34, de 5 de febrero de 2009.
- Decreto 168/2010, de 7 de outubro, por el que se regula la estructura organizativa de gestión integrada del Servicio Gallego de Salud. DOG Nº 199, de 15 de outubro de 2010.
- Decreto 181/2010, do 21 de outubro, por el que se crea la Comisión Galega de Coidados Paliativos. DOG nº 212, de 21 de outubro de 2010.

Convenios, planes y otros documentos oficiales

■ Ámbito internacional

- Bupa Health pulse 2010 Ageing Societies: Challenges and Opportunities. Evidence from the Bupah Health. Pulse 2010 International Health Care Survey. José-Luis Fernandez1 and Julien Forder. 16 September 2010.

- Centre for European Economic Research. Discussion Paper No. 10-012 “The Social Long-term Care Insurance in Germany: Origin, Situation, Threats, and Perspectives” Katrin Heinicke and Stephan L. Thomsen.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde: “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”. Bruselas 14.10.2005.
- Department of Health of UK. “The State of Care in England” 15/02/2010. News. Integrated Care Network. DH Care Networks.
- Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social. Decálogo para la Dependencia.
- Santé et Services Sociaux. “Focus on the Québec Health and Social Services System” Québec April 2009.
- Système de Services Intégrés pour Personnes Agées en perte d’Autonomie (SIPA).

■ **Ámbito nacional**

- Ararteko, Defensor del Pueblo. “Atención Sociosanitaria: Una aproximación al Marco Conceptual y a los avances Internacionales y Autonómicos”. Informe extraordinario de la institución de Ararteko al Parlamento Vasco. Abril 2007.
- Comisión de Coordinación Sociosanitaria del Área de Salud de Salamanca. “Protocolo de Valoración Global de Pacientes. Dirigido a detectar el Riesgo Social y garantizar la continuidad de cuidados de alta”. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. 2009.
- Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. “Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco. 2005-2008”.
- CVIDA, Asociación para el Cuidado de la Calidad de Vida. Instituto de Biomédica de Valencia. “El sistema estatal de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia”. 2009
- Defensor del Pueblo. “Daño Cerebral Sobrevenido en España: “Un acercamiento Epidemiológico y Sociosanitario”. Madrid 2005.
- Xeneralidade de Catalunya. Departament de Salut. “Los servicios para la salud: Mirando hacia el futuro. Anteproyecto del Mapa Sanitario, Sociosanitario y de Salud Pública. Versión resumida” Primera edición: Barcelona, julio de 2007.
- Xeneralidade de Catalunya. Departament de Salut. “Plan Director Sociosanitario”. 2007.
- Gobierno de Canarias. Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. “Programa sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias 2005-2010”.
- Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, Departamento de Bienestar Social. “Plan Foral de Atención Socio Sanitaria”. Pamplona – Junio 2000.
- Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. “Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud. 2010-2014”.
- Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Subcomisión de Sistemas de Información del SNS Ministerio de Sanidad y Política Social. “Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Fichas Técnicas”. Edición 2010.

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. "Modelo de Atención a las personas con enfermedad mental grave". Primera Edición 2007.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. "Modelos de Atención Sociosanitaria Una aproximación a los costes de la Dependencia". 2002.
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social "II Plan Sociosanitario de Castilla y León". 2003. (en vigor hasta el 2007).
- Junta de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Consejería de Bienestar Social. "Plan Marco de Atención Socio-Sanitaria de Extremadura 2005-2010".
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Informes, Estudios e Investigación 2009 "Unidad de Cuidados Paliativos: Estándares y recomendaciones".
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Observatorio de personas Mayores. "Modelos de Atención Sociosanitaria: Una aproximación a los costes de la dependencia". Gregorio Rodríguez Cabrero, Julia Monserrat Codorniu. 2002.
- PLA DIRECTOR SOCIO SANITARI. "La atención a las personas con enfermedades neurodegenerativas y daño cerebral". www.guttmann.com

■ **Ámbito autonómico**

- "Plan de Mellora da Atención Primaria de Galicia 2007-2011".
- Xunta de Galicia Consellería de Traballo e Benestar "Plan Galego das Persoas Maiores. Plan de Actuación Social Galicia. 2010-2013. Horizonte 2015".
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade "Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016".
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. "Plan Estratéxico de Saúde Mental. Galicia 2006-2011".
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. "Plan Galego de Cuidados Paliativos" Santiago de Compostela, 2007.
- Xunta de Galicia, Consellería de Traballo e Benestar. "Documento de Traballo: Plan de Actuación Social Galicia, 2010-2013 Horizonte 2015".
- Xunta de Galicia, Consellería de Traballo e Benestar. "Plan de Acción Integral para as Persoas con Discapacidade. Galicia 2010-2013".
- Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde. "Estratexia SERGAS 2014. A Sanidade Pública ao Servizo do Paciente".
- Xunta de Galicia. Sistema Público de Saúde de Galicia. Memoria 2007.
- Xunta de Galicia. Sistema Público de Saúde de Galicia. Memoria 2008.
- Xunta de Galicia. "Programa de Atención Sociosanitaria. PASOS. Plan Estratéxico." 1999.

