

SEIS AÑOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA COORDINADA Y EFECTIVA EN EXTREMADURA

JUAN CARLOS CAMPÓN DURÁN

Director Gerente del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Sumario

1. INTRODUCCIÓN
2. EL PLAN MARCO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. CONTENIDOS Y SIGNIFICACIÓN.
 - 2.1. *El modelo*
 - 2.2. *Coordinación y estructuras*
 - 2.3. *Recursos asistenciales.*
3. RESULTADOS
 - 3.1. *Actividad de las estructuras sociosanitarias*
 - 3.2. *Actividad en recursos asistenciales*
4. CONCLUSIONES

Todos sabemos que la coordinación sociosanitaria es un aspecto presente en cualquier planificación seria y consecuente para la cobertura integral de las necesidades de los ciudadanos. Entendemos que lo “sociosanitario”, aunque pueda ser entendido como un espacio nuevo o exclusivamente como una dimensión de coordinación de lo sanitario y lo social, es algo cada vez más tangible y definido en cada territorio autonómico, bien para sumarse a su filosofía de intervención o bien para denostar esta necesidad. Ante esta situación, los compromisos de las administraciones estatal y autonómica, en la mayoría de los casos, para conseguir la ansiada coordinación sociosanitaria son claros, pero desarrollados a diferentes velocidades, lo que sin duda tiene como principal consecuencia la falta de igualdad en la atención al ciudadano.

El objetivo principal de este artículo es el de desarrollar lo que ha supuesto para la Comunidad de Extremadura la implantación de “la cultura de lo Sociosanitario” a través del Plan Marco de Atención Sociosanitaria, desde la premisa de que uno de sus principales logros debe ser el optimizar y afianzar los recursos y canales de coordinación entre estructuras, sin crear dispositivos innecesarios y añadiendo solamente lo estrictamente imprescindible desde el punto de vista de la planificación y la adecuación del gasto y la inversión.

1. INTRODUCCIÓN

En Extremadura, en el año 2003 se apostó firmemente por la atención sociosanitaria creando una Dirección General con ese nombre y constituyendo los primeros pasos para la convergencia de atención a la patología y la atención a las necesidades generadas por situa-

ciones de dependencia, con el objetivo de dar valor y poder situar de una vez por todas este concepto, legalmente reconocido pero intangible hasta ese momento, tanto en el entorno sanitario como en el social.

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

Consecuencia de esta organización institucional, espejo de un convencimiento político-organizativo, se definió el Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010, que ha facilitado la definición de un escenario de coordinación en el que la atención sanitaria y la atención social trabajaran de manera efectiva y eficiente, y dentro de unos perfiles de atención específicos.

Entre otras cosas, se crearon estructuras de coordinación sociosanitaria en diversos niveles de atención que consiguieron que no naciera por falta de celo, o por exceso del mismo, un tercer espacio de atención. Es decir, argumentamos que si ya existía una estructura y programas suficientes en la sanidad y en la atención social, para qué crear algo nuevo llamado “sociosanitario”. Lo que en realidad había que definir era cómo esas dos estructuras se ponían en contacto, en relación, y cómo conseguían aproximarse al objetivo común de atender las necesidades de salud y de ayuda del ciudadano.

Otros trascendentales avances vinieron a sumarse y a reforzar tanto el convencimiento como la necesidad de esta planificación. En concreto dos: la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia y la decisión de concentrar en una misma Consejería las competencias sanitarias y de atención a la dependencia.

El primero de los avances es significativo, sobre todo, por lo que supone de reconocimiento de derecho al ciudadano y por el cambio sustancial al que nos aboca en la forma de intervenir.

El segundo avance, la nueva organización de competencias en la Consejería, transforma la manera de abordar el “cuarto pilar del bienestar”. El contar con una estructura que aglutine a dos organismos de gestión: uno de atención sanitaria (el Servicio Extremeño de Salud) y otro, de promoción de la autonomía personal y atención la dependencia (Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, SEPAD), favorece y garantiza que ambas disciplinas se seguirán complementando, pero ahora mejor coordinadas bajo el mismo paraguas, la Consejería de Sanidad y Dependencia, desarrollando un verdadero **sistema integral de cuidados continuados** para el ciudadano.

Todos somos conscientes que no tener regulada una atención sanitaria implicaría desprotección de los ciudadanos, además, no tener regulada la atención social tal cual la tenemos actualmente, implicaría del mismo modo, desasistencia. Por extensión, No tener organizada

la atención sociosanitaria implica, por referirme a temas concretos, el abandono de cuestiones tan importantes como la continuidad de cuidados; conlleva desinterés por una gestión eficiente de camas hospitalarias; supone tener una visión muy parcelada de la realidad actual a la hora de atender personas en situación de dependencia, o falta de sinergias en la solución a los problemas de los ciudadanos que necesitan de ambos sistemas para su abordaje, atención a personas con discapacidad, a personas con problemas de enfermedad mental, a personas en procesos de deterioro cognitivo etc. y, sobre todo implica, tal como se deduce, desamparo para el ciudadano para ser atendido según sus necesidades.

2. EL PLAN MARCO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. CONTENIDOS Y SIGNIFICACIÓN.

El escenario sobre el que desarrollar una planificación determina el modo en que se van a configurar las actuaciones. El diseño del Plan Marco de Atención Sociosanitaria tuvo en cuenta una serie de variables sociodemográficas y geográficas que hacen a cada territorio excepcional. La realidad extremeña en estos inicios del siglo XXI es¹:

- o 41.633 km² de superficie, con alrededor de 500 poblaciones, de las cuales solo 43 superan los cinco mil residentes, para albergar a poco más de un millón ochenta mil habitantes. Por lo tanto la dispersión nos caracteriza, con una densidad de 25,81 hab/km² y casi un 20% de mayores de 65 años, alcan-

¹ Datos obtenidos de: Encuesta Nacional de Salud, Encuesta sobre Soledad en las Personas Mayores, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud [EDDES], Conclusiones del estudio “Una nueva sociedad que envejece: Un reto de la política social. Coste y financiación en la región de Extremadura”, de la Dra. Irene Albarrán Lozano, de diciembre de 2004, “Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España” de la Fundación Instituto Catalán del Envejecimiento.

zamos la cifra de más de doscientos diez mil mayores de 65 años. En los últimos años, el grupo que más ha crecido es el de mayores de 65 años (se ha multiplicado por 6,7 en los últimos 100 años), así como el de mayores de 80 años (que se ha multiplicado por 13). En Extremadura, las personas mayores viven preferentemente en el ámbito rural (55,8% vive en municipios de menos de 10.000 habitantes) y con frecuencia viven solos (21,2% de hogares unifamiliares). El Plan de Salud de Extremadura, indica que la esperanza de vida al nacer en nuestra comunidad, 80.67 años es un indicador que está aumentando progresivamente: 84.05 años en mujeres y 78.28 en hombres.

Este es el escenario, en que además el aumento de la esperanza de vida ha derivado, entre otros motivos, de la mejora de la sanidad pública, la prevención en salud, el aumento de la calidad de vida y los avances técnicos.

2.1. EL MODELO

En Extremadura, el concepto de **Atención Socio-Sanitaria** permanece asociado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presenten simultáneamente dependencia y enfermedades crónicas, que tienen necesidad de cuidados personales y de cuidados sanitarios al mismo tiempo.

Trasladar esta idea al escenario descrito implica responder a 3 preguntas fundamentales:

- o ¿Qué prestaciones debe ofrecer el sistema público para la atención a las necesidades sociales y sanitarias de los ciudadanos cuando

estas son coincidentes, sinérgicas e intensas?

- o ¿Quién debe dispensarlas, el sistema social o el sanitario?
- o ¿Cómo integrarlas en nuestros sistemas actuales?

Ante estas cuestiones, caben distintas formas de responder:

- o La creación de un nuevo espacio sociosanitario, en el que tuvieran cabida aquellos ciudadanos con las necesidades de atención y cuidados descritas, e independiente de los sistemas social y sanitario.
- o Incluir la atención sociosanitaria como elemento de gestión en alguno de los 2 sistemas actuales: el social o el sanitario.
- o Definir las necesidades de atención a la dependencia por parte de los servicios sociales y de prestaciones sanitarias a la enfermedad por parte del sistema de salud, cada uno desde su competencia actual pero creando un espacio común de coordinación.

En Extremadura se optó por configurar un modelo basado en la última opción descrita, es decir, en la definición de un modelo de atención sociosanitaria coherente, en el que los sectores sanitario y social evalúen conjuntamente las necesidades sanitarias y sociales de sus ciudadanos, y definan las responsabilidades y competencias que cada cual debe asumir, y por tanto, los servicios a ofertar desde su sector. Los servicios sanitarios a desarrollar son competencia del sector sanitario y los de atención a la dependencia, del sector social.



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

- o Conseguir la máxima accesibilidad sujeta a la sostenibilidad y eficiencia en el desarrollo de recursos, sin perder de vista que la atención de los ciudadanos ha de tender a que se produzca en su medio, propiciando la atención comunitaria y evitando tanto la institucionalización como un desarrollo de recursos centralista en perjuicio de las poblaciones periféricas.
- o Garantizar la prestación de servicios desde el diseño intersectorial de procesos asistenciales contando con la participación técnica y dirección asistencial por procesos y programas de atención, coordinados en su diseño y evaluados continuamente en su cumplimiento desde el nivel central, para ser ejecutados conforme a protocolos comunes adaptados en los diferentes puntos de la región.

2.2. COORDINACIÓN Y ESTRUCTURAS

Una de las respuestas organizativas de mayor peso del Plan ha sido la creación de nuevas estructuras de coordinación en los distintos niveles requeridos. Si de lo que se trataba era de poner en relación efectiva los dos sistemas existentes, era necesario establecer los canales y los instrumentos a través de los cuales los profesionales de lo sanitario y lo social debían “participar”.

Pero además, también era necesario que la ubicación de esos profesionales en el territorio fuera racionalmente organizativa. Hasta ese momento, las equivalencias entre las áreas sanitarias y las sociales eran inexistentes y, para propiciar espacios de coordinación, era imprescindible reorganizar las zonas sociales (mucho más dispersas) en un marco equivalente al de las áreas sanitarias. Para ello, se propuso la creación de 20 zonas sociosanitarias circunscritas a las Áreas de Salud, que tomaran como

base la población mayor (principal indicador de prevalencia de necesidades en cuidados continuados) y respetando en la medida de lo posible la zonificación existente.

A raíz de la fusión de las Consejerías de Sanidad y Consumo y de Bienestar Social en la de Sanidad y Dependencia, compuesta por el Servicio Extremeño de Salud [SES] y el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia [SEPAD], se redefinieron y modificaron algunas de estas estructuras, justificando los cambios y configurando el escenario del siguiente modo:

COMISIÓN SOCIOSANITARIA COMUNITARIA.

Constituida como el primer nivel de la coordinación sociosanitaria, es la responsable de garantizar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales en el entorno inmediato del ciudadano, que vendrá definido por su lugar de residencia.

Dicha estructura la componen profesionales de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de los Servicios Sociales de Base. Son los encargados de evaluar la situación de cada paciente/usuario así como de definir su plan individual de cuidados. Su funcionamiento se establece en una Guía de Funcionamiento que fue elaborada por los mismos profesionales implicados y concebida como un instrumento de apoyo y de trabajo.

COMISIÓN SOCIOSANITARIA DE ÁREA

Es la responsable de la evaluación de las experiencias, diseño de instrumentos de evaluación y aspectos generales de la coordinación sociosanitaria en el ámbito geográfico y poblacional del Área de Salud, y siempre que impliquen la puesta en marcha de las medidas diseñadas y planificadas desde la Comisión de

Asuntos Sociosanitarios. Es la que evalúa procesos y acciones de coordinación sociosanitaria para elevar necesidades y problemas a la Comisión de Asuntos Sociosanitarios, desde la que se propone y aprueban las medidas que se estimen pertinentes.

Del mismo modo, es la responsable de estudiar las necesidades de recursos sociales y sanitarios en su ámbito de actuación y de impulsar el funcionamiento eficaz de las Comisiones Sociosanitarias Comunitarias.

Está compuesta por los Gerentes de las Áreas de los sistemas de Salud y del Sistema de Atención a la Dependencia y por 2 profesionales de cada Gerencia.

COMISIÓN DE ASUNTOS SOCIOSANITARIOS.

Es el órgano interdepartamental adscrito a las consejerías competentes en materia de atención sociosanitaria [Consejería de Sanidad y Dependencia], impulsor y dinamizador de la coordinación y organización del sistema integral de cuidados continuados en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Se define como responsable de la supervisión constante del funcionamiento de las estructuras de coordinación sociosanitaria, garantizando la equidad en el acceso y prestaciones de servicios al conjunto de la población susceptible de atención sociosanitaria.

Está compuesta por los Directores Generales autonómicos competentes en materia de asistencia sanitaria y atención a la dependencia, por los Jefes de los Servicios de Programas y procesos de los dos ámbitos, y por dos representantes de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud y del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

A modo de resumen:

AL INICIO DE 2005		AL INICIO DE 2009
CONSEJERÍA SANIDAD Y CONSUMO	CONSEJERÍA BIENESTAR SOCIAL	CONSEJERÍA SANIDAD Y DEPENDENCIA: - Servicio Extremeño de Salud [SES] - Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia [SEPAD]
Comisión de Seguimiento		Desaparece
Comisión Permanente Intersectorial		Comisión de Asuntos Sociosanitarios
Comisión Sociosanitaria de Zona		Comisión Sociosanitaria de Área
Comisión Comunitaria		Comisión Comunitaria

Composición de las comisiones de coordinación sociosanitaria

COMISIÓN	AYUNTAMIENTOS	CONSEJERÍA SANIDAD Y DEPENDENCIA	
		SEPAD	SES
COMUNITARIA	Trabajador Social SSB [Servicios Sociales de Base]		Enfermera y Trabajador Social
DE ÁREA		Gerentes Territoriales	Gerentes de las Áreas de Salud
ASUNTOS SOCIOSANITARIOS		Dirección Gral. de Promoción de la Aut. y Atención a la Dependencia.	Dirección Gral. Asistencia Sanitaria.

2.3. RECURSOS ASISTENCIALES

La delimitación de las competencias propias de cada sector, permite ofrecer una auténtica atención integral, resultado de la suma eficiente de servicios coordinados, que evite la duplicidad y organice en procesos intersectoriales un sistema general centrado en las necesidades tal como las vive el ciudadano.

Ese diseño intersectorial de procesos asistenciales contará con la participación técnica y dirección asistencial por procesos y programas de atención, coordinados en su diseño y evaluados continuamente en su cumplimiento desde

el nivel central, para ser ejecutados conforme a protocolos comunes adaptados en los diferentes puntos de la región. Cada proceso asistencial que se haya de implantar medirá los casos en función de tres ejes simultáneamente y de la combinación de la intensidad en cada uno de ellos, se deducirá el recurso adecuado para atender cada caso en cada momento:

- o El **GRADO DE DEPENDENCIA**: y por tanto la necesidad de cuidados personales.
- o La **NECESIDAD DE CUIDADOS** sanitarios: debido a la patología.

- o La **RED DE APOYO** de la que disponga la persona: familiares, cuidadores, posibilidades económicas...

De este modo, a título de ejemplo, el primer proceso que nace en este marco de coordinación es el Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura [PIDEX]. Esta planificación define cómo se ha de trabajar de manera integrada, integral y coordinada, en tres ámbitos de la afección cognitiva: **las demencias degenerativas, el daño cerebral sobrevenido y los déficits cognitivos en la infancia**. En estos momentos, la primera parte del plan, la referida a demencias degenerativas, es la que está implantada y definida para conseguir el principal objetivo que se marcó: mejorar la calidad de vida de los enfermos con demencia, sus familiares y cuidadores, la sociedad y los profesionales de la salud. Para ello, se elaboró *un modelo de funcionamiento* de manera paralela (actuación sociosanitaria) y seriada (dependiendo de la actuación a llevar a cabo), donde el diagnóstico, seguimiento y tratamiento clínico especializado y de calidad para toda Extremadura fuese realizado por un equipo de demencias formado por un médico especialista en Neurología y un psicólogo especialista en Neuropsicología, siendo la medicina de atención primaria fundamental en su detección, seguimiento y la responsable sanitaria primera y última del paciente; y donde la necesidad de ayuda ocasionada por la dependencia generada fuera atendida desde el ámbito de lo social, llevando el “peso” de la atención continuada —preferentemente ambulatoria— a los pacientes con demencia y a sus cuidadores.

Por otra parte, dejando al margen la atención al deterioro cognitivo y pasando a un ám-

bito más general, partimos de la base de que cada proceso asistencial contará con una serie de recursos específicos. No obstante, de la complementariedad entre los sistemas de protección social y sanitario en la atención a la situación de dependencia y enfermedad crónica, debían configurarse nuevos recursos sociosanitarios que dieran cobertura a las necesidades de atención sociosanitaria, independientemente de los ya creados en cada proceso asistencial definido. Éstos se clasifican en tres tipos básicos de recursos residenciales y asistenciales de larga duración en función de la intensidad y la continuidad de los cuidados, dos de ellos resultaron muy novedosos en nuestra comunidad Autónoma y un tercero, ya existía en el catálogo de servicios de la extinta Consejería de Bienestar Social:

- o Unidades de Cuidados Sanitarios Intensos y Continuados destinados a personas que requieren cuidados sanitarios continuos e intensos, no curativos, y/o en situación de alto nivel de sufrimiento que requieran cuidados complejos para el alivio sintomático destinado a mejorar la calidad de vida. Son los denominados tipo 1 (T1).
- o Unidades de Atención Sanitaria Continuada a personas dependientes que requieren cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos, en personas altamente dependientes y que necesitan cuidados o supervisión prolongada dentro de un contexto sanitario. Son los denominados tipo 2 (T2).
- o Centros de Atención a la Dependencia, destinados a personas que requieren de recursos residenciales de atención y rehabilitación de la dependencia. Son los denominados tipo 3 (T3).

3. RESULTADOS.

Se presentan en este apartado los datos recogidos en cuanto a implantación del Plan en: estructuras de coordinación y recursos sociosanitarios.

3.1. ACTIVIDAD DE LAS ESTRUCTURAS SOCIOSANITARIAS

COMISIÓN SOCIOSANITARIA COMUNITARIA.

Durante el primer año de implantación se crearon 130 comisiones Comunitarias. Cada una de ellas se correspondía con una zona de salud establecida en el mapa sanitario de Extremadura. Al ser la puerta de entrada al Sistema de Atención propuesto en el PLAN MARCO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA su actividad inicial fue bastante significativa.

El funcionamiento de estas comisiones está recogido en un documento efectuado ad-hoc, en el que se establecían los niveles de complejidad de los casos sobre los que debían actuar y de qué manera. La actividad registrada, en los tres primeros años es la siguiente:

ACTIVIDAD	Nº
Reuniones con acta	446
Casos abordados	1.803
Promedio de casos por sesión	4,04
Promedio de casos por Comisión Comunitaria	13,86

COMISIÓN SOCIOSANITARIA DE ÁREA.

Esta Comisión, en los inicios del Plan, se denominaba "de Zona" y estaba compuesta por representantes de las Gerencia de Área correspondientes del SES y profesionales de los

Servicios Territoriales de la Consejería competente en materia de asistencia y bienestar social. Con la reestructuración de la Consejería de Sanidad y Dependencia y la entrada en vigor de la Ley 39/2006 fue reformulada tanto en su composición como en su funcionamiento, otorgándole mayor funcionalidad y territorio.

De este modo, en su día se establecieron 20 Zonas Sociosanitarias al objeto de definir la unidad territorial en materia de atención sociosanitaria. El planteamiento inicial fue que en cada zona una comisión de este nivel formada por profesionales de los ámbitos social y sanitario fuera la responsable, entre otras cosas, de resolver los casos de una complejidad determinada.

Para su definición inicial se contrataron 20 Profesionales [1 trabajador social por cada zona] que básicamente serían los receptores de esos casos para su tratamiento en comisión.

Actualmente, las Comisiones de Área son 8 y están todas creadas y en funcionamiento.

COMISIÓN DE ASUNTOS SOCIOSANITARIOS.

Ha venido trabajando sistemáticamente en el desarrollo de lo establecido en el PLAN MARCO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIO, definiendo procesos, servicios y programas. Entre otros asuntos, se relacionan una serie de temas objeto de tratamiento en este nivel de coordinación:

- Monográfico de Salud Mental.
- Plan de Rehabilitación.
- Respuestas a preguntas de distintas Comisiones Comunitarias.

- o Realización de Propuestas al Borrador de Decreto de Procedimiento de acceso al Sistema de Dependencia.
- o Proyecto Piloto de Teleasistencia avanzada.
- o Programa de Ayuda Intensiva en el Hogar en colaboración con CRUZ ROJA y Consejería de Trabajo.
- o Estudio sobre el acceso a camas T-1, T-2 y T-3 de pacientes dados de alta desde Instituciones Penitenciarias.
- o Estudio sobre la prevención de caídas en personas mayores en colaboración con la UEX
- o Elaboración del procedimiento de acceso al Programa EL EJERCICIO te CUIDA.
- o Realización de varias auditorías a Centros de Atención a la Dependencia con camas de Cuidados Sociosanitarios T-1 y T-2.
- o Adaptación del Master en Atención Sociosanitaria en personas dependientes organizado por la UEX al Modelo de Atención Sociosanitaria en Extremadura. Organización de dos módulos.
- o Estudio de reconversión de plazas de Centros Residenciales de Mayores en centros T-2.
- o Atención Temprana en el contexto del Centro Extremeño de Desarrollo Infantil.

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. PROCESOS ASISTENCIALES.

Como se ha dicho, la definición intersectorial de procesos asistenciales contará con la participación técnica y dirección asistencial por procesos y programas de atención, coordinados en su diseño, ejecución y evaluación desde el nivel central. Aunque no se trata de una estructura de coordinación con la entidad propia de comisión, a nivel central se define este modo de relación y correspondencia como la “dirección de orquesta” en la determinación de los procesos a establecer en el territorio. Es decir, profesionales de referencia y así designados para ello, diseñarán y ejecutarán a nivel central los diferentes procesos asistenciales, conforme a protocolos comunes y adaptados.

Un proceso asistencial de salud determinado, demencias degenerativas, por ejemplo, implica que se inicie en el Servicio Extremeño de Salud y que tenga su correspondencia en el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, siendo visible cada parte en profesionales relevantes que coordinan el diseño, ejecución y evaluación de las actuaciones.

En este sentido, desde 2005 se han llevado en este nivel de coordinación:

PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA AL DETERIORO COGNITIVO EN EXTREMADURA [PIDEX] CON 7 ANEXOS:

- Guía de Práctica Clínica
- Guía de Atención Social
- Coordinación entre Equipos de Salud Mental y Consultas de Deterioro Cognitivo
- Servicio Público de Neurorehabilitación
- Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Pediatría
- Guía de Recursos para la Atención a Demencias Degenerativas en Extremadura.
- Problema de Conducta en las Demencias. Una guía para familiares.

RECURSOS ASISTENCIALES - RESIDENCIALES de atención sociosanitaria clasificados de mayor a menor complejidad.

- Cuidados Sanitarios Intensos y Continuos T-1. 30 plazas
- Cuidados Sanitarios a la Dependencia T-2. 150 plazas
- Cuidados a la Dependencia T-3. 778 plazas

Implantación de Tratamientos Anticoagulantes Orales 22 Centros Residenciales del SEPAD para dotar de mayor comodidad y seguridad a los residentes en este tipo de tratamientos

Elaboración de la **GUÍA FARMACOTERAPEUTICA** para CENTROS RESIDENCIALES DEL SEPAD, lo que ha supuesto mejoras en el Suministro de fármacos y seguimiento farmacoterapéutico de los residentes.

FORMACION DOLOR. Se han realizado dos ediciones para trabajadores de centros residenciales [Médicos, Enfermeros Auxiliares, Fisioterapeutas,...] En la edición del año 2010 han sido formados 298 profesionales.

FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS a los profesionales de centros residenciales y concertados con camas de cuidados sanitarios [T1].

TELEMEDICINA EN CENTROS RESIDENCIALES. Actualmente en 2 centros del SEPAD.

GUÍA EXTREMEÑA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN. Realizada por enfermeros de Atención Hospitalaria, Atención Primaria y Centros Residenciales del SEPAD para garantizar el mismo tipo de cuidados independiente del lugar de residencia del paciente

EL EJERCICIO TE CUIDA. Implantación del programa dirigido a la Promoción del ejercicio físico y a la Prevención de enfermedades cardiovasculares en personas mayores, en coordinación con la Universidad de Extremadura, Consejería de los Jóvenes y el Deporte, SEPAD y SES, con unos resultados muy valiosos en términos de ahorro al sistema:

- Reducción en un 29% de las consultas médicas
- Reducción del 14% de los dolores por mejora de flexibilidad y movilidad
- Reducción del 25% de las caídas [mejora equilibrio 9%].
- Mejora 13% de resistencia a la fatiga
- Reducción del consumo de medicamentos vinculados a hipertensión, ansiedad y depresión.

3.2. ACTIVIDAD EN RECURSOS ASISTENCIALES

Los tres tipos de dispositivos asistenciales definidos en Plan Marco se efectuaron según

fuera mayor o menor la carga sanitaria [Tipo 1, Tipo 2] y la atención a la dependencia [Tipo 3]. Estos dispositivos están planteados desde la oferta abierta a la adecuación de una demanda conformada por situaciones de salud con

necesidades sociosanitarias distintas. Se trata de recursos imprescindibles para garantizar la continuidad del modelo de atención diseñado.

En la actualidad existen concertadas 958 camas sociosanitarias con un coste variable según los servicios ofrecidos en cada modalidad [terapéuticos y de cuidado]:

- o 30 plazas T-1 [Cuidados Sanitarios Intensos y Continuados]:
- o 150 camas T-2 [Cuidados Sanitarios a la Dependencia]:
- o 778 camas de Atención a la Dependencia [T-3].

Se exponen los datos recogidos en la tipología de camas con mayor carga sanitaria: las Tipo 1 y las Tipo 2:

CAMAS TIPO 1 [CUIDADOS SANITARIOS INTENSOS Y CONTINUADOS. T-1]

Desde el inicio de la actividad, de junio 2005 hasta finales de 2010 se han atendido 402 pacientes que han generado 38.470 estancias, con una ocupación media del 72,15%. En el periodo de los últimos años se observa un incremento paulatino de ocupación [85%].

TOTAL CAMAS	30
TOTAL PACIENTES ATENDIDOS	402
ESTANCIA MEDIA	38 días.
ÍNDICE DE OCUPACIÓN	72%
ESTANCIAS POSIBLES	53.430
ESTANCIAS PRODUCIDAS	38.470
Procedencia 100% altas hospitalarias.	

En general, independientemente del sexo y la edad, las enfermedades más prevalentes agrupadas en una clasificación creada ad hoc fueron las de naturaleza cerebrovascular [25,4%] y las oncológicas [23,2%]. En tercer lugar, las enfermedades respiratorias fueron las que estuvieron más presentes en el motivo de ingreso.

Por otro lado, y desde el plano económico y de gestión, es donde se dan los resultados más interesantes. Se ha tomado como referencia los precios de concierto y los costes sanitarios de 2006. De esta forma, si comparamos el coste/ estancia generada en los Centros T-1 con lo que hubiese supuesto su atención en un hospital de la red pública, el resultado en términos de coste de oportunidad es más que significativo para el sistema.

ESTANCIAS T1	PRECIO MEDIO CAMA/DÍA	TOTAL
38.470	428,00 €	16.465.160,00 €
38.470	100,00 €	3.847.000,00 €
Ahorro coste oportunidad		12.618.160,00 €

CAMAS TIPO 2 [CUIDADOS SANITARIOS INTENSOS Y CONTINUADOS. T-2]

Por definición, este tipo de camas, son quizás las de mayor naturaleza sociosanitaria por excelencia, ya que surgen fruto de la coordinación intersectorial. Su gestión se realiza de forma coordinada entre el SES y el SEPAD, aunque toda la labor administrativa se realiza en este último. Desde su puesta en funcionamiento en julio 2006, se ha ido construyendo una red de centros con la distribución más homogénea posible en toda la Comunidad Autónoma.

Actualmente el número de plazas T-2 asciende a 150, si bien este número se ha conseguido

tras distintos procesos administrativos realizados conjuntamente entre el SES y el SEPAD.

Desde el inicio de la actividad, año 2006 hasta finales de 2010 se han atendido 930 pacientes que han generado 122.607 estancias, con distinta procedencia [65% hospitalaria y el resto, ingresos efectuados directamente desde el entorno comunitario].

TOTAL	150
TOTAL PACIENTES ATENDIDOS	930
ESTANCIAS POSIBLES	217.175
ESTANCIAS PRODUCIDAS	122.607
Procedencia 65% altas hospitalarias.	

En esta tipología de camas, los resultados en términos de ahorro potencial al sistema sanitario son aún más esclarecedores. Más de 45,5 millones de euros en el periodo evaluado podrían haberse destinado a otros elementos de la sanidad pública o, si me apuran, a otras actuaciones en materia distinta a la salud.

ESTANCIAS T2	PRECIO MEDIO CAMA/DÍA	TOTAL
122.607	428,00 €	52.475.796,00 €
122.607	55,00 €	6.743.385,00 €
Ahorro coste oportunidad		45.732.411,00 €

4. CONCLUSIONES.

La entrada en vigor en 2007 de los procedimientos de reconocimiento de la situación de dependencia que marca la Ley 39/2006, vinieron a coincidir casi en el tiempo con los inicios de implantación del Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura. Nuevas formas de hacer las cosas con las que se estaban implantando pudieron influir en la velocidad en la que determinados resultados esperados pudieran ser visibles. Lo que estaba claro en esos momentos es que el sistema de atención sociosanitaria que se estaba articulando venía a significar todo un avance y que los pasos dados, de algún modo, se habían anticipado a lo que quedaba por venir.

La reorganización territorial, la adopción del nuevo modelo de coordinación, la optimización de los recursos planteada, la financiación... en realidad venían a preparar lo que en los años venideros se ha ido abordando para hacer accesible la atención continuada a la enfermedad crónica en todo el territorio extremeño.

Los modelos de gestión planteados en el Plan planteaban que las actuaciones llevadas a cabo debían caracterizarse por: la complementariedad entre servicios ofertados y coordinación intersectorial, el diseño de programas sociosanitarios integrales y la gestión por procesos y continuidad asistencial. Este modo de proceder, donde programas intersectoriales funcionen sobre estructuras y canales de coordinación ordenados, es lo que al fin y al cabo, consigue que resultados como los presentados nos lleven a concluir:

- o La creación de camas destinadas a cuidados sanitarios para la enfermedad crónica significa optimizar y racionalizar recursos sanitarios destinados a la enfermedad aguda.

- o La concesión de prestaciones, tanto sanitarias como de atención a la dependencia, en un procesos de enfermedad integrales organizados serán las necesarias a cada situación. Es decir, cada persona recibirá aquello que realmente precisa, con la intensidad necesaria, y con lo que ello significa en optimización del gasto.

- o Del mismo modo, tener una cartera general de recursos en la que se delimite cada tipo de dispositivo de atención, hará posible configurar un marco adecuado e imprescindible en los tiempos en lo que nos encontramos para la colaboración público privada.

Como se decía al principio, cada territorio tiene una identidad propia e idiosincrasia que impiden que determinadas políticas sean válidas en un lugar y no en otro. Los modelos de funcionamiento son extrapolables y válidos en la medida en la que se adapten a la región en la que han de ser implantados. De todas formas, esperamos que la experiencia que se lleva a cabo en Extremadura pueda ser el principio o la continuación en otras comunidades, para que la adopción de un modelo claro de atención sociosanitaria permita ofrecer a todos los ciudadanos lo que le es de derecho recibir.