



DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:

“PLANIFICACIÓN DEL ALTA SOCIAL SANITARIA EN SITUACIONES DE RIESGO SOCIAL”

1. INTRODUCCIÓN
2. DEFINICIÓN Y FUNCIONES BÁSICAS
3. PRINCIPIOS Y VALORES
4. LÍMITES
5. RESPONSABLES
6. POBLACIÓN DESTINATARIA
7. OBJETIVOS
8. RESULTADOS ESPERADOS
9. INDICADORES DE EVALUACIÓN



1. INTRODUCCIÓN

En el presente documento se describen los aspectos generales, y de aplicación común para el conjunto de los centros y servicios del Servicio de Salud del Principado de Asturias, del proceso de gestión activa del alta social sanitaria en situaciones de riesgo social.

Por lo tanto, se habla, sobre todo, de coordinación entre niveles y de continuidad de cuidados; en particular, para aquellas personas y situaciones donde las carencias en cualquiera de los componentes del proceso de atención pueden tener consecuencias más graves, tanto para la persona enferma y su entorno como para el buen funcionamiento de los servicios sanitarios.

Conviene precisar que el alta social sanitaria puede coincidir con el alta clínica, sea esta por ingreso hospitalario o tras episodios ambulatorios, pero también puede producirse, a los efectos de respuesta adecuada a las necesidades de soportes sociales, con posterioridad a aquella y en diferente nivel o ámbito asistencial sanitario, de forma que este proceso contribuye a limitar los riesgos iatrogénicos en la medida que posibilita la minimización de los tiempos de hospitalización, permitiendo ajustar la intervención sanitaria a los requerimientos, en rigor, de la situación clínica de cada persona.

Sin embargo, el documento debe entenderse como un marco general que, obviamente, tendrá su desarrollo y concreción operativa en diferentes vertientes:

- En primer lugar, en la elaboración o revisión detallada de los procesos específicos (o sub-procesos) que se llevan a cabo en los diferentes niveles asistenciales -en Atención Primaria, en Atención Hospitalaria y en la Red de Salud Mental-, especialmente en cuanto a los protocolos y procedimientos de coordinación interna y externa. En este sentido, se identifican tres sub-procesos preferentes:
 - a) Sub-proceso de alta hospitalaria en situaciones de riesgo social



- b)** Sub-proceso de identificación y coordinación de pacientes con riesgo social en atención primaria
- c)** Sub-proceso de coordinación y seguimiento de personas con trastorno mental severo y riesgo social añadido.
- En segundo lugar, en el desarrollo de protocolos, formularios, registros,..., que permitan incorporar el proceso y sus procedimientos en las historias clínicas electrónicas actuales (OMI_AP; SELENE; Mileniun;...) y, a la vez, precisar la definición de los indicadores de evaluación y asegurar su captura y procesamiento con el mayor grado de mecanización, fiabilidad y centralización posibles.
- Por último, cada ámbito, centro o nivel asistencial podrá desarrollar, de acuerdo a la organización particular de los centros y equipos profesionales, sus procedimientos operativos propios.

Por lo tanto, en el documento, además de precisar la definición y acotar los límites del proceso, se recogen las orientaciones generales y los principios de actuación profesional; se realiza una ordenación de los grupos de pacientes a quienes se dirige el proceso; se formulan los objetivos así como las funciones básicas y los resultados esperados; y, por último, se relacionan una serie de indicadores que facilitarán el seguimiento y la evaluación global del proceso de alta social sanitaria.

2. DEFINICIÓN Y FUNCIONES BÁSICAS

Se entiende por Planificación del Alta Sanitaria en Situaciones de Riesgo Social el procedimiento -coordinado e interdisciplinar- en el cual el equipo de salud detecta y evalúa precozmente las necesidades de soporte social de pacientes vulnerables y sus familias, desarrollando un plan individualizado que asegura la continuidad de cuidados y optimiza las posibilidades de funcionamiento personal e integración en el entorno sociofamiliar significativo, contribuyendo a prevenir los riesgos de intervenciones innecesarias y a mantener los beneficios de salud.



En coherencia con esta definición, se pueden sintetizar las funciones básicas del proceso de Alta Social Sanitaria en:

1. Detección precoz, diagnóstico y evaluación del riesgo social: causal, funcional, incluyendo el análisis del contexto socio-familiar y de los recursos de apoyo.
2. Intervención especializada:
 - 2.1. Información estructurada para capacitar, promover y apoyar en la gestión y organización de ayudas y recursos de soporte social
 - 2.2. Asesoramiento, apoyo psico-social y mediación en el ámbito familiar o entorno significativo.
 - 2.3. Coordinación entre servicios y niveles asistenciales así como con el sistema de servicios sociales y otras entidades del territorio.

3. PRINCIPIOS Y VALORES

Los principios de actuación profesional y las orientaciones generales que rigen este proceso se sintetizan en:

- El enfoque bio-psicosocial, la orientación preventiva y la continuidad de cuidados.
- El enfoque basado en los derechos humanos, la participación y la co-responsabilidad de personas enfermas, familiares y agentes sociales.
- La perspectiva de género, de equidad y de integración social.
- La aplicación de los principios éticos así como la búsqueda de la efectividad, la seguridad y la eficiencia en las intervenciones de los servicios de salud con personas en situación de riesgo social.



4. LÍMITES

Limite inicial: El proceso se inicia **con la detección precoz** de pacientes cuyas **condiciones clínicas sobrevenidas**, cuando se asocian **con determinadas condiciones sociales desfavorables**, pueden limitar gravemente sus posibilidades de funcionamiento personal e integración socio-familiar.

En algunas ocasiones, el inicio del proceso puede ser motivado por demandas extemporáneas o puntuales provenientes de cualquier ámbito de los servicios sanitarios así como de las propias familias o del sistema de servicios sociales.

Límite final: El final del proceso se produce en el momento en que la persona enferma ha sido sujeto de alta social sanitaria.

No obstante, en determinadas circunstancias, el final del proceso no se corresponde con el alta social sanitaria; por ejemplo, cuando se produce un traslado de domicilio o de área sanitaria, o cuando media una decisión familiar o del entorno significativo de la persona enferma, en caso de éxitus, etc.

5. POBLACIÓN DESTINATARIA

En función de diferentes factores sociales, se relacionan los siguientes grupos de personas que, recibiendo atención en los servicios sanitarios, reúnen uno o varios de los siguientes criterios o condiciones:

- a) Personas de edad avanzada que, además, cumplen alguna de las siguientes condiciones:
- Vive sola; o en convivencia con otra persona funcionalmente limitada; o en un entorno familiar o significativo inadecuado
 - Acude sola y tiene dificultades para manejarse y comunicarse.
 - Situación de ingreso o ausencia temporal de la persona cuidadora.
 - Padece enfermedad de evolución progresiva y discapacitante (incluye demencia y trastorno mental).
 - Historia de ingresos hospitalarios previos por falta de cuidado o de adherencia al tratamiento.



- Padecen enfermedad consuntiva; síndrome de caída frecuente; fractura; ACV.
 - Signos de maltrato, abandono o desatención.
- b) Mujer embarazada y en situación de riesgo social:
- Consumo activo de drogas
 - No control del embarazo
 - Antecedentes de pérdida de tutela
 - Otros
- c) Personas con enfermedad progresiva y discapacitante:
- EPOC, encefalopatía, SIDA, ictus e isquemias, enfermedades oncológicas graves.
 - Trastorno Mental Severo
 - Patologías asociadas a hábitos de consumo
- d) Daño cerebral sobrevenido, lesiones medulares motóricas y estados vegetativos prolongados
- e) Pacientes terminales o en cuidados paliativos con insuficiente apoyo socio-familiar
- f) Menores en situación de:
- Trastornos del Desarrollo Infantil o discapacidad y entorno familiar limitado.
 - Signos de negligencia o maltrato.
 - RN o menor cuyos padres presentan dificultades para cumplir las responsabilidades parentales.
 - Síndrome de abstinencia en RN.
 - RN en situación de abandono.
- g) Personas en situación de especial vulnerabilidad por exclusión o riesgo de exclusión social en salud.
- h) Mujeres con signos de violencia de género



6. RESPONSABLES

Las Unidades o Servicios de Trabajo Social Sanitario son las responsables directas de la gestión del proceso.

No obstante, como proceso complejo e interdisciplinar, se identifican otros titulares de responsabilidad cuya intervención activa es determinante en diferentes momentos del mismo:

- El resto del equipo sanitario (profesionales sanitarios)
- Órganos y personas con responsabilidad en la organización y gestión de los servicios y prestaciones sanitarias.
- Profesionales de los servicios sociales
- Familiares y entorno significativo de las y los pacientes
- Agentes sociales como asociaciones, fundaciones sin ánimo de lucro, organizaciones no gubernamentales,..., que asumen responsabilidades de co-gestión en la provisión de apoyo social a colectivos de especial vulnerabilidad.

7. OBJETIVOS

1. Optimizar los resultados en salud del proceso de atención sanitaria
2. Prevenir o limitar los riesgos para la salud y la autonomía derivados de la institucionalización y las intervenciones innecesarias
3. Optimizar las capacidades y las posibilidades de integración y funcionamiento social de pacientes y familiares

8. RESULTADOS ESPERADOS

Como consecuencia de la gestión individualizada de las situaciones que afectan a cada persona atendida y a su entorno social significativo, se deben esperar los siguientes resultados:

- Personalización de la asistencia y atención en función de las necesidades particulares de cada paciente en situación de especial vulnerabilidad



- Control del impacto de los factores sociales en la evolución clínica de las personas atendidas en los servicios sanitarios públicos
- Mejora de la utilización de los recursos sanitarios (Ajuste de las estancias hospitalarias, limitación de esperas, limitación de intervenciones innecesarias)
- Garantía de acceso y disposición de las ayudas técnicas o productos de apoyo necesarios para el mejor funcionamiento personal
- Refuerzo de las capacidades de pacientes y familias para el autocuidado así como para la toma de decisiones en situaciones complejas
- Disposición de los recursos de soporte social adecuados al grado de dependencia funcional y a las expectativas de cada paciente y su entorno significativo
- Mayor satisfacción con el proceso de atención sanitaria e incremento de la confianza de pacientes y familias en el Servicio de Salud
- Mejorar la satisfacción profesional
- Mejora de la eficiencia del sistema sanitario

9. EVALUACIÓN

A continuación se definen los indicadores básicos para el seguimiento y evaluación del proceso de planificación del alta sanitaria en situaciones de riesgo social.

Al respecto, se deben de realizar las siguientes consideraciones:

De una parte, los indicadores reflejan la visión de un grupo profesional de Trabajo Social Sanitario respecto de aquello que es importante medir y se puede medir en las actuales condiciones organizativas.

De otra, también reflejan las dificultades de materializar indicadores de resultados en la medida que:

- Se precisaría de una sistematización para medir variables cualitativas
- Los valores podrían estar sesgados por la influencia de variables que no dependen exclusivamente del proceso objeto de evaluación



1. Distribución de las demandas de valoración según origen

Numerador:	<p>Nº total de demandas de valoración de riesgo social y su distribución según origen de detección de riesgo social (porcentaje de cada grupo sobre el total de demandas):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Captación activa (Unidad de TSS) 2. Resto equipo sanitario del centro 3. Otro centro o nivel asistencial 4. Sistema de Servicios Sociales (incluye sistema de protección de menores) 5. Familia o entorno significativo 6. Otros (incluye sistema educativo y judicial)
Denominador:	Nº total de demandas

2. Distribución de las demandas de valoración según grupo de riesgo social

Numerador:	Nº de personas según grupo de riesgo
Denominador:	Nº total de demandas

3. Demanda precoz

Numerador:	Nº de demandas realizadas dentro los tres primeros días desde la detección y valoración de la nueva situación clínica (en el caso de la atención primaria); o desde el ingreso hospitalario o la primera consulta (en especializada, incluye salud mental)
Denominador:	Nº total de demandas

4. Personas valoradas

Numerador:	Nº de informes de valoración
Denominador:	Nº total de demandas

5. Valoraciones realizadas en las primeras 48 horas después de la demanda

Numerador:	Nº de valoraciones realizadas en las primeras 48 horas de la recepción de la demanda
Denominador:	Nº total de demandas

6. Personas incluidas en programa de planificación del alta sanitaria por riesgo social

Numerador:	Nº de personas incluidas en el programa de planificación del alta
Denominador:	Nº de demandas (total y según grupo de riesgo)



7. Participación en la Estrategia de Cuidados Paliativos (PCCPP)

Numerador:	Nº de informes de valoración de persona incluidas en el P CC PP
Denominador:	Nº total de personas incluidas en el P CC PP

8. Intervención de información y orientación

Numerador:	Nº total de intervenciones de información y orientación
Denominador:	Nº total de personas incluidas en el programa

9. Intervención de mediación y apoyo psicosocial

Numerador:	Nº total de intervenciones de mediación y apoyo psico-social
Denominador:	Nº total de personas incluidas en el programa

10. Intervención en domicilio o lugar de residencia

Numerador:	Nº de intervenciones en domicilio
Denominador:	Nº total de personas incluidas en el programa

11. Intervenciones comunitarias para gestión de casos (coordinación con agentes sociales: ONG, fundaciones y asociaciones sin ánimo e lucro)

Numerador:	Nº total de intervenciones comunitarias para gestión de casos
Denominador:	Nº total de personas incluidas en el programa

12. Coordinación interna

Numerador:	Nº de intervenciones de coordinación con servicios o profesionales del mismo nivel asistencial
Denominador:	Nº total de personas incluidas en el programa

13. Coordinación entre niveles

Numerador:	Nº total de acciones de coordinación con profesionales o unidades sanitarias de diferente nivel asistencial
Denominador:	Nº total de personas incluidas en el programa



14. Coordinación con sistema de servicios sociales

Numerador:	Nº total de acciones de coordinación con servicios sociales
Denominador:	Nº total de personas incluidas en el programa

15. Informes de alta social_sanitaria o derivación

Numerador:	Nº de informes de alta social sanitaria o derivación
Denominador:	Nº total de personas incluidas en el programa

16. Destino al alta

Numerador:	Nº total y distribución de las altas según destino (porcentajes sobre el total): <ul style="list-style-type: none">▪ Otro centro sanitario o nivel asistencial▪ Domicilio▪ Domicilio con apoyos o nuevas prestaciones▪ Residencia (pública / privada)▪ Otra alternativa residencial o de alojamiento▪ Otros recursos sociales de carácter asistencial y de acogida▪ Sin alternativa de acogida o sin techo▪ Éxitus
Denominador:	Nº total de altas o derivaciones

17. Confidencialidad y autonomía

Numerador:	Nº de personas que consienten la remisión de información a otros centros o niveles
Denominador:	Nº total de personas incluidas en el programa