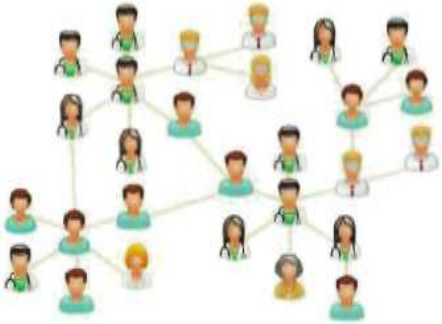
GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

"EL PROGRAMA DE LA PLANIFICACIÓN DEL ALTA SANITARIA"

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO DE LA RED SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



NOVIEMBRE DE 2010

Procedimiento:
Programa de la Planificación del Alta Sanitaria: Continuidad de Cuidados entre Atención Primaria y Atención Especializada.

Dependencia:
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios – Área de Promoción de la Salud y Participación – SESPA- Subdirección de Gestión Clínica y Calidad.

Responsables:
Borja Rodríguez-Maribona Trabanco
Lourdes García Martínez

Implantación:
El Grupo de los/las Trabajadores Sociales Sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada.

Apoyo y Coordinación:
Formación – Experiencia Piloto – Implantación – Supervisión y Evaluación.
Dolors Colom Masfret

Colaboración en el diseño:
Luis Miguel López Saldaña

Y con el agradecimiento a **Constantino González Quintana** por su colaboración desde su inicio y a todos los compañeros y responsables de la Organización que apoyan este trabajo.

Promueve, edita y distribuye:
Dirección General de Salud Pública y Participación, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias, noviembre de 2010.

Depósito Legal: AS 02055 – 2015

Ejemplar gratuito.
N.º de ejemplares: 200
Disponible en formato pdf en www.astursalud.es

Índice

Índice 3
1.- Introducción..... 5
2.- Implantación del Programa del Alta Sanitaria 5
3.- Compromisos..... 6
4.- Justificación 7
5.- Presentación..... 7
6.- Marco Teórico Conceptual 8
7.- Objetivos del Programa de la Planificación del Alta Sanitaria 11
8.- Indicadores de Riesgo Social-Sanitario comúnmente aceptados en el Programa de la Planificación del Alta Hospitalaria y Sanitaria 12
9.- Sistemas de Información..... 13
Bibliografía 14

1.- Introducción

La atención integral será el punto de partida para enfocar la relación interprofesional dentro del Programa de la Planificación del Alta Sanitaria, construyéndolo como un método de trabajo que necesita un equipo de profesionales cuyo producto final es la resultante de una multitud de sinergias, y no de actos aislados, esporádicos, realizados en un mismo periodo de tiempo y donde se realizará la valoración del riesgo social en el ingreso hospitalario y su seguimiento al alta clínica en la red sanitaria.

2.- Implantación del Programa del Alta Sanitaria

Desde la Dirección General de Salud Pública y Participación Ciudadana y el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) se llevará a cabo el Programa de la Planificación del Alta Sanitaria: Continuidad de Cuidados entre Atención Primaria y Atención Especializada, como línea preferente de actuación en el Plan de Homogeneización del Trabajo Social Sanitario de la Red Sanitaria del Principado de Asturias e implicando en ello a las gerencias y a los profesionales, dando continuidad para su implantación y puesta en marcha sucesivamente, por los distintos responsables desde la organización sanitaria.

En cumplimiento del Contrato Programa 2008 establecido entre la Consejería de Salud y el SESPA, en el ámbito de Atención Ciudadana, se contemplan compromisos que buscan hacer el sistema sensible a las necesidades de los ciudadanos facilitando su elección y participación.

En el apartado a), sobre accesibilidad y humanización de la atención, en cuanto a la mejora en la información a los usuarios y garantizando especialmente una correcta accesibilidad y atención a aquellos colectivos más vulnerables, que por su condición, ámbito geográfico de procedencia o su etnia así lo precisen, se incluye un compromiso específico relacionado con la actividad de los trabajadores sociales sanitarios: "Se garantizará la continuidad de la asistencia en los diferentes ámbitos asistenciales, mejorando la integración y comunicación de los mismos".

En el apartado b), sobre participación y atención centrada en el paciente, en cuanto a disponer de los datos necesarios para la toma de decisiones compartidas, se desarrollarán acciones que mejoren la información sobre el estado de salud de los pacientes, así como los procedimientos y diagnósticos a los que deban ser sometidos. Se dispondrá de modelos y documentos, revisados y validados, evaluando la correcta utilización de los mismos. Los trabajadores sociales sanitarios, se implican de manera directa en las siguientes acciones de mejora:

- Se continuará impulsando un modelo de atención personalizada y se considerará a la familia como unidad asistencial.
- Se elaborará un protocolo para la evaluación de la situación social en AP y AE con objeto de:
    - Planificar la forma anticipada y adecuada el alta de los pacientes hospitalizados.
    - Activar los recursos necesarios y disponibles.
    - Coordinar y continuar la atención entre niveles asistenciales.

Por ello, y en la consecución de estos objetivos de colaboración Consejería-SESPA, se facilita Formación Continuada y Específica a todos los Trabajadores Sociales Sanitarios, a fin de que adquieran habilidades y conocimientos en el desarrollo de su profesión. Se pretende con ello la homogeneización de las distintas actividades que se llevan a cabo en toda la red sanitaria, que facilite y mejore la calidad asistencial de todos los ciudadanos. Esta Formación, que dio comienzo en el año 2008, se prorroga en consecuencia con las necesidades que se propongan.

3.- Compromisos

Siempre contando con el apoyo de la Organización y los medios necesarios para su implementación, los compromisos del proyecto global se resumen en los siguientes puntos.

- Desarrollar un procedimiento de trabajo que mejore el proceso de planificación de las altas sanitarias y continuidad de cuidados en todos los ámbitos sanitarios.
- Colaborar en la implantación de programas que mejoren la calidad asistencial en los Centros de la red hospitalaria del Principado de Asturias.
- Establecer un Plan de Cuidados y Continuidad de Asistencia, desde una intervención integral y multidisciplinar desde un modelo de atención biopsicosocial y de participación.
- Potenciar la Coordinación de los recursos de las distintas administraciones y los distintos ámbitos sanitarios de atención de la red sanitaria y otros Servicios.
- Facilitar y adecuar los recursos existentes
- Evitar estancias y reingresos innecesarios
- Facilitar la mediación y evaluación homogénea de los indicadores y establecer acciones de mejora.

La manera de organizar los procesos simples de trabajo, en los cuales necesariamente deben converger diferentes disciplinas, es diseñar organizaciones horizontales, donde se acepta la idea de la integración de los diferentes profesionales para dar respuesta a la situación o situaciones de los pacientes/usuarios y no al revés, dividir a éste en tantos compartimentos como profesionales le atienden. Ello requiere una mentalidad dispuesta a asumir riesgos e iniciativas por parte de los profesionales y también una implicación explícita desde los poderes públicos.

4.- Justificación

Diferentes argumentos justifican el proyecto:

- En la continuidad asistencial. La continuidad asistencial es una exigencia obligada. A veces, los mismos profesionales han basado este punto en una cuestión de buena voluntad. Sin duda, es un asunto de profesionalizar a los equipos de trabajo, pero, sobre todo organizarlos y darles los medios. Garantizar la continuidad asistencial significa articular el conjunto de acciones necesarias con la Atención Primaria, Especializada o Sociosanitaria e integrarlas de tal manera que ésta quede garantizada en el momento del alta.
- En el uso adecuado del hospital. La mejor manera de garantizar el acceso de la población al sistema hospitalario público es velar por los recursos disponibles y evitar que no se despilfarren. El hospital debe estar siempre disponible y ello no se logra por casualidad, sino conjuntando multitud de acciones que garantizan el alta en las mejores condiciones.
- En tener un "termómetro" activo informando sobre los aspectos sociales de la enfermedad. En y midiendo como se desarrollan algunos procesos internos y externos que no siguen las pautas establecidas, o aun siguiéndolas, no resultan satisfactorios en su desarrollo.

Asumir la atención del ciudadano como ser social, no solo como enfermo, enlazando todos los servicios asistenciales, tratando de atender todos los aspectos sociales y sanitarios.

5.- Presentación

El Proyecto materializa la filosofía del Procedimiento de la Planificación del Alta Sanitaria aplicado a la realidad y necesidades de las personas atendidas en el Sistema Sanitario del Principado de Asturias.

Asturias es la primera Comunidad de España que da el paso, tan mencionado en eventos y encuentros profesionales, de trabajar conjuntamente la atención primaria y la atención especializada de trabajo social sanitario. Para ello, los trabajadores sociales sanitarios, ellas y ellos, han elaborado y consensuado un procedimiento conjunto, el de la planificación del Alta Sanitaria liderado desde el trabajo social sanitario, iniciando así la homogeneización de los instrumentos de trabajo. La implementación final, está pendiente del sistema de información de trabajo social sanitario que integre digitalmente a la atención primaria y a la atención especializada.

Con la puesta en marcha de dicho proyecto, las personas se convierten de manera fehaciente en el centro del sistema sanitario.

Así con independencia de donde reciban la atención, cuando se deriven de un ámbito a otro, siempre estarán atendidas dentro del mismo procedimiento.

6.- Marco Teórico Conceptual

El procedimiento de la Planificación del Alta Sanitaria se apoya en el procedimiento del Alta Hospitalaria y en las teorías del trabajo social sanitario resultando en importantes beneficios para las personas (atención individual y familiar) y para la comunidad (atención comunitaria) siendo una potente herramienta de investigación aplicada y propuestas ajustadas a la realidad de cada zona o área sanitaria.

El trabajo social sanitario está sujeto a un común denominador: las personas a las que atiende están enfermas, o son familiares de personas enfermas, siendo la enfermedad la que desata o genera desajustes psicosociales, económicos, laborales, familiares, etc. Ellos, aunque de diferente intensidad siempre requieren de un diagnóstico social sanitario (o prediagnóstico) que soporte los diferentes tipos de servicios y apoyos profesionales.

El grado de intensidad y complejidad de las necesidades biopsicosociales diagnosticadas o en proceso de diagnosticar y, a su vez, la complejidad de las intervenciones disciplinares, siempre parte de una intervención interdisciplinar superior, variarán de una persona a otra. La unicidad de la persona es uno de los principios sobre los que se sostiene la acción del trabajo social sanitario.

El desajuste orgánico provocado por la enfermedad genera desajustes psicosociales. La enfermedad siempre rompe la dinámica vital y cotidiana de las personas, de sus familias y entornos. Por ello surge una fórmula nueva basada en la prevención secundaria: La planificación del Alta Sanitaria que amplía la acción de la citada planificación del alta hospitalaria.

Se encuentre la persona donde se encuentre, la atención primaria o la atención especializada, el programa de la planificación del Alta Sanitaria tienen como objetivo adelantarse a estos desajustes, conocer la incidencia y la magnitud de las roturas sociales de cada núcleo familiar, sus efectos sobre la persona, identificar las necesidades posteriores de tratamiento

de la enfermedad o de la dependencia y del tratamiento psicosocial reforzando las redes propias, proponiendo, siempre desde los principios y valores del trabajo social sanitario, alternativas y nuevos servicios comunitarios o la reformulación de los existentes. A día de hoy, la atención a las personas, a sus familias, se distribuye, según momentos y necesidades médicas, entre la atención primaria y la atención especializada pero no podemos olvidar las necesidades de reconstrucción del tejido social después de haber sufrido alguna enfermedad.

Así se produce la evolución de las fórmulas asistenciales. El ejemplo que ocupa estas líneas es el clásico, enunciado del "Programa de la planificación del alta hospitalaria" que evoluciona, acorde a la actualidad, y pasa a denominarse "Programa de la planificación del Alta Sanitaria". Asturias es la primera Comunidad que no tan solo lo adopta como marco teórico, sino que organiza y diseña la estructura funcional necesaria para que la práctica profesional se transforme en servicios para las personas.

Dicho cambio, el cual venía elaborando Dolors Colom Masfret desde mediados de 2006, se presentó por primera vez en España en Madrid, durante la celebración de las Jornadas del SIPOSO 2008 y obedece, como se ha mencionado, a la misma evolución del Sistema Sanita rio. La acogida fue muy positiva.

Por una parte, la atención primaria cada vez está más desarrollada y preparada para atender a las personas en su medio, es su domicilio. Por la otra, la atención especializada, sobre todo en el área de hospitalización, reduce los tiempos de asistencia y, por tanto, requiere de la atención primaria para que dé continuidad a la atención iniciada. Ello se inscribe dentro del concepto de cuidados continuados.

La "Planificación del Alta hospitalaria" indica que la persona deja el hospital. La "Planificación del Alta sanitaria" apunta a ese momento en el que la persona atendida en la atención primaria sea o no después de una hospitalización, es dada de alta del episodio que la ha llevado a recibir atención sanitaria.

Es frecuente que el tratamiento o la intervención, desde el trabajo social sanitario, la iniciada en la atención especializada tenga continuidad en la atención primaria, o la atención sociosanitaria allá donde exista. Y viceversa, muchas personas ingresan en el hospital mientras están siendo tratadas en la atención primaria. El paso de la persona por la atención especializada obedece a un momento concreto de su enfermedad, cuando ésta no puede ser tratada desde la atención primaria.

Sin embargo, es en la atención primaria donde se conoce y atiende a la persona y a su familia en su medio habitual, la casa.

Por ello la Planificación del Alta Sanitaria tiene una doble dirección: de la atención especializada a la atención primaria y viceversa, desde la atención primaria a la atención especializa da para regresar, cuando no requiere hospitalización, a la primera. Cabe señalar, no obstante, que uno de los momentos más críticos es cuando la persona se deja el hospital y pasa de nuevo al domicilio, aun considerando que continuará su seguimiento la atención primaria.

En sus orígenes, el objetivo del Programa de la planificación del Alta Hospitalaria se centraba en el estudio y diagnóstico social sanitario de la persona y su red social para ayudarlos a considerar todos los aspectos envueltos en el regreso a casa desde el hospital y evitar que el descuido de alguno de ellos mermara los beneficios obtenidos en el establecimiento. Las experiencias y las investigaciones aisladas sobre los diferentes componentes del Programa de la Planificación del Alta Hospitalaria ponen de relieve, además, de las tradicionales, otras posibilidades de gran valor para resolver nudos y dificultades en el momento presente. Algunas de ellas son:

- La actualización de los circuitos habituales.
- La investigación de déficits comunitarios para continuar con la atención.
- La creación de una base de datos para analizar las tendencias de las demandas, de las necesidades y de la utilización de servicios.
- La planificación de servicios y programas de apoyo formal basada en las necesidades reales considerando la demanda potencial que viene avalada por las personas que cumplen con alguno de los criterios de riesgo.
- La optimización de los recursos disponibles, tanto los personales como los institucionales.

Ésta última sin duda es la gran asignatura pendiente de este principio de siglo y del objetivo de sostenibilidad del Estado del Bienestar garantizando una gestión de excelencia.

La gran evidencia que desde su puesta en marcha en el hospital de Sant Andreu de Manresa allá por el año 1985 ha dejado al descubierto el Programa de la Planificación del Alta Hospitalaria es que siempre, en los cuidados continuados está implicada la atención primaria que es el ámbito que los garantiza y los gestiona bajo criterios de proximidad de las personas.

Todo ello garantizando la Satisfacción y la Participación de la ciudadanía, de las personas atendidas y sus familias.

7.- Objetivos del Programa de la Planificación del Alta Sanitaria

7.1. Objetivo General

Se considerarán dos planos:

El de las personas y sus familiares: "Identificar, en la atención primaria, según sea el procedimiento habitual de detección, o en la atención especializada dentro de las 24—72 horas después de producirse la admisión, a las personas con criterios de riesgo social. Ello inicia la operativa del procedimiento del programa de la planificación del Alta Sanitaria correspondiente, según se encuentre la persona en la atención primaria o en la atención especializada".

El de las instituciones y organizaciones del área sanitaria de la atención primaria y la atención especializada: "Evaluar periódicamente la adecuación de los programas y servicios directamente relacionados con los cuidados continuados de las personas enfermas de acuerdo a las necesidades reales que presentan, éstas siempre estudiadas siguiendo el método científico. Comunicándolo a los responsables: gestores y políticos",

7.2. Objetivos Específicos

Tanto en la atención primaria como en la atención especializada:

- Identificar cuanto antes, ya sea en la atención primaria o la atención especializada, las dificultades de la persona enferma o su familia, las que le dificultarán su permanencia en la casa, su regreso a la casa o su recuperación.
- Elaborar el diagnóstico social sanitario de la realidad y las circunstancias psicosociales de la persona y su entorno.
- Planificar y buscar conjuntamente, la atención primaria y la atención especializada, las soluciones o las alternativas.
- Garantizar la continuidad de cuidados en el servicio o programa comunitario que la persona necesite.
- Conocer las lagunas que rompen dicha continuidad asistencial y los efectos sobre las personas.
- Apoyar a las personas y sus familias en la gestión del mantenimiento en la casa siempre que sea posible, aligerar su vivencia y mantener los beneficios de la atención médica.
- Gestionar todos los equipamientos, ortesis, etc. Para facilitar la autonomía.

- Minimizar, desde la atención primaria, el riesgo de readmisión por falta de apoyo social en el domicilio.
- Facilitar la disponibilidad de los recursos hospitalarios a otros enfermos y enfermas.
- Evitar, en el hospital, las estancias no médicas y la mala utilización del establecimiento favoreciendo la rotación en beneficio de las personas que están en espera.
- Retroalimentar a la organización sanitaria con información propia de cada área y generada dentro de la actividad diaria, relacionándola con las circunstancias sociales y de otros servicios.
- Investigar los hechos y los factores relacionados con la planificación del alta para generar conocimiento especializado que sirva para ganar bienestar.
- Evaluar la eficacia y la efectividad de los modelos aplicados.
- Otros que se vayan perfilando.

8.- Indicadores de Riesgo Social-Sanitario comúnmente aceptados en el Programa de la Planificación del Alta Hospitalaria y Sanitaria

- Tener más de 75 años.
- Tener más de 70 años, vivir solo/ con pareja de edad similar.
- Tener más de 70 años y padecer una enfermedad crónica.
- Tener más 70 años y haber ingresado anteriormente.
- Tener más de 70 años e ingresar por caída o fractura.
- Ingresar a consecuencia de un accidente vascular cerebral.
- Ingreso con signos de violencia.
- Padecer una enfermedad terminal.
- Padecer una enfermedad mental.
- Padecer alguna toxicomanía.
- Persona con politraumatismos.

Experiencia Piloto

- Indicadores social-sanitarios de actuación en el programa de la Planificación del Alta Hospitalaria y Sanitaria del Principado de Asturias (lª fase)
- Tener más de 75 años.
- Pacientes con Alta Hospitalaria y un diagnóstico de Cuidados Paliativos.

9.- Sistemas de Información

Los Sistemas de Información, deben proporcionar una recogida de datos que faciliten el estudio y evaluación de los mismos. Se procederá a un proceso de homogeneización que facilite este análisis en todos los ámbitos, para su desarrollo y pruebas piloto y para que todos los trabajadores sociales sanitarios dispongan de una herramienta que permita recoger los datos obtenidos en la aplicación del procedimiento del programa de la planificación del Alta Sanitaria. Se propone que dicha información se evalúe con una periodicidad mensual, presentándose los resultados obtenidos trimestralmente. La recogida de datos se establece a través de la coordinación de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y el SESPA que evaluará y pondrá en marcha las acciones de mejora que actuarán en el compromiso de la atención y calidad de vida de nuestros ciudadanos y en la mayor satisfacción de nuestros profesionales de la red sanitaria del principado de Asturias.

Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 26 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- M.E. Richmond, (2008) Diagnóstico Social (traducción española de la edición de 1917).
- INSALUD (1999), La valoración del Riesgo Social en el ingreso hospitalario.
- INSALUD (2000), Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada.
- J.M. Martínez Pereda, (2003) Legislación Sanitaria de España.
- Plan de Salud para Asturias 2004-2007
- SESPA (2004), Cartera de Servicios Atención Primaria.
- SESPA-Consejería de Salud (2008-2009), Contrato Programa
- D. Colom, (1977), La atención sociosanitaria del futuro.
- D. Colom, (2000), La Planificación del Alta Hospitalaria.
- D. Colom, (2005) Libro Verde de trabajo Social. Instrumentos de documentación técnica.
- D. Colom, (2007) El Trabajo Social Sanitario.
- D. Colom, (2008), "El trabajo social sanitario presencias y ausencias en el marco legal estatal y autonómico. Argumentos y propuestas para una estrategia orientada a poner de relieve la realidad". Revista de Servicios Sociales y Política Social (nº 82, 121-152).
- D. Colom (2009), "El trabajo social sanitario como herramienta de gestión". Noticias de Gestión Sanitaria.

GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERIA DE SANIDAD

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS