

# **Plan Foral de Atención Socio Sanitaria**

**Documento aprobado inicialmente  
por acuerdo de Gobierno de Navarra  
de fecha 27 de junio de 2000.**

## Plan Foral de Atención Socio Sanitaria

### Comisión de Redacción del Plan:

D. Juan Rábade Iraizoz	Director General de Salud <b>Departamento de Salud</b>
D. José Luis Allí Fernández	Director General de Bienestar Social <b>Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud</b>
Dña. M <sup>a</sup> Teresa Artazcoz Sanz	Directora de Servicio de Asistencia sanitaria <b>Departamento de Salud</b>
D. Luis Ciriza Ariztegui	Director del Servicio de Planificación <b>Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud</b>
Dña. M <sup>a</sup> Jesús Vicente Goicoechea	Subdirectora de Familia y Servicios Sectoriales <b>Instituto Navarro de Bienestar Social</b>
Dña. Milagros Urzainqui Asín	Jefe de Sección de personas con discapacidades. Subdirección de Familia y Servicios Sectoriales. <b>Instituto Navarro de Bienestar Social</b>
D. José Joaquín Betelu	Subdirector de Atención Primaria <b>Servicio Navarro de Salud</b>
D. José Antonio Inchauspe Arostegui	Subdirector de Salud Mental <b>Servicio Navarro de Salud</b>
Dña. Marisol Argiñano Sánchez	Sección de Programación y Evaluación <b>Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud</b>
Dña. Isabel Salvado Gallén	Sección de Inspección <b>Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud</b>
Dña. Idoia Gaminde Inda	Sección de Planificación. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios. <b>Departamento de Salud</b>

<b><u>INDICE</u></b>	<b><u>Pág.</u></b>
<b>1.- SITUACIÓN ACTUAL</b>	<b>4</b>
1.1. ENFERMEDAD. CRONICIDAD. DEPENDENCIA	4
1.2. MODELO ACTUAL DE ATENCIÓN: NUEVAS NECESIDADES SOCIO-SANITARIAS	6
1.3. CRISIS DE APOYO INFORMAL	8
1.4. SALUD MENTAL: NECESIDAD DE ADECUACIÓN Y COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS SANITARIOS Y SOCIALES	9
1.5. MARCO INSTITUCIONAL PÚBLICO DE NAVARRA: BIENESTAR SOCIAL Y SALUD	11
<b>2.- MODELO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA</b>	<b>13</b>
2.1. MODELO DE ATENCIÓN	13
2.2. ORGANIZACIÓN DE RECURSOS	13
2.3. IMPLANTACIÓN	14
2.4. CONCEPCIÓN COMUNITARIA DE CUIDADOS	14
2.5. LÍNEAS BÁSICAS DE ACTUACIÓN	14
<b>3.- OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DEL PLAN FORAL DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA</b>	<b>16</b>
3.1. OBJETIVOS	16
3.2. CRITERIOS BÁSICOS DE ACTUACIÓN	17
3.3. GESTIÓN DE CASOS: PLAN DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADOS	18
3.4. COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS Y SISTEMAS DE ACCESO	19
<b>4.- RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA</b>	<b>21</b>
4.1. SITUACIÓN ACTUAL	21
4.2. PROPUESTA DE ORDENACIÓN DR RECURSOS	22
<b>5.- ATENCIÓN PRIMARIA SOCIO-SANITARIA</b>	<b>23</b>
5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
5.2. ACCIONES	23
5.3. DISPOSITIVOS COMUNITARIOS DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN	24
5.4. CARTERA DE SERVICIOS Y PRESTACIONES EN EL ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES	27
5.5. CARTERA DE SERVICIOS PRESTADOS POR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	28
<b>6.- PROGRAMA DE GESTIÓN DE ALTAS HOSPITALARIAS</b>	<b>31</b>

6.1. PLAN DE ACTUACIÓN	31
6.2. ACCIONES	32
6.3. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN. Plan de servicios individualizados	33
<b>7.- PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL</b>	<b>34</b>
7.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
7.2. ACCIONES	34
7.3. RECURSOS ACTUALES. PROPUESTAS	36
<b>8.- PROGRAMA DE APOYO A LAS PERSONAS CUIDADORAS</b>	<b>38</b>
8.1. OBJETIVOS	38
8.2. ACCIONES	39
<b>9.- COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA</b>	<b>41</b>
9.1. COMISIÓN TÉCNICA Y DE SEGUIMIENTO DEL PLAN	41
9.2. COORDINADOR DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA DE NAVARRA	43
9.3. NÚCLEO DE COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA DE SALUD MENTAL	44
9.4. NÚCLEO DE COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA DE ZONA BÁSICA	44
<b>10.- LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA</b>	<b>47</b>
10.1. MULTIDISCIPLINARIEDAD COMO METODOLOGÍA DE TRABAJO	47
10.2. FORMACIÓN	47
10.3. INVESTIGACIÓN	48
<b>11.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA</b>	<b>49</b>
<b>12.- NORMATIVA</b>	<b>53</b>
<b>13.- FINANCIACIÓN</b>	<b>55</b>
<b>14.- CRONOGRAMA</b>	<b>56</b>
<b>15.- FASE PILOTO DEL PLAN FORAL</b>	<b>57</b>
<b>16.- REFERENCIAS</b>	<b>59</b>

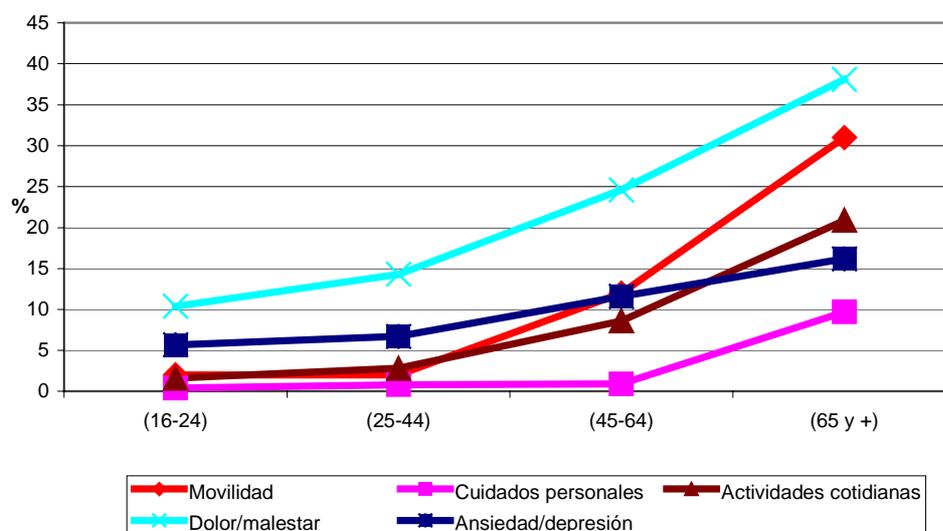
## 1 SITUACION ACTUAL

### 1.1. Enfermedad. Cronicidad. Dependencia.

*Los cambios en los patrones de mortalidad y morbilidad en las últimas décadas han dado lugar a un incremento de la esperanza de vida. Cada vez más personas viven más años. Este aumento del porcentaje de población envejecida hace que aumente también el número de personas que presentan enfermedades crónicas e incapacitantes. En 1997 la esperanza de vida a partir de los 65 años en Navarra era de 17 años para los hombres y de 21 para las mujeres. Asimismo, la esperanza de vida de las personas con discapacidades psíquicas, físicas y sensoriales, de distintas clases y en grados diversos, se ha prolongado notablemente. Sin embargo, su organismo envejece a un ritmo más acelerado que el de otras personas y tienen más posibilidades de padecer patologías añadidas, por lo que hay que contemplar sus necesidades con una perspectiva integradora, teniendo en cuenta su edad, su clase y grado de afectación, y su contexto familiar y social.*

Según la encuesta de salud de 2000, el 3,8% de la población mayor de 16 años afirma estar limitada para el desempeño de sus actividades habituales. Esta limitación aumenta lógicamente con la edad, afectando al doble de población en los mayores de 65 años. No se constatan diferencias por género. Así mismo a medida que aumenta la edad aumentan también los problemas de salud ligados a esa discapacidad, de tal manera que el 57% de los problemas referidos por personas con limitación permanente de la actividad se dan en mayores de 65 años, seguidos del grupo de edad de 45 a 64 años donde se dan el 26% de los problemas.

Estos niveles de discapacidad vienen determinados por el aumento de la esperanza de vida a los 65 años. En Navarra, la esperanza de vida de los hombres a los 65 años en 1997 es de un promedio de 17 años más y de 21 años más para las mujeres. De estos 17 años de promedio de los hombres, 3 los van a vivir con algún tipo de limitación, en el caso de las mujeres de los 21 años más que esperan vivir 5 lo van a ser con discapacidad.



En el gráfico 1 se muestran los datos de diferentes dimensiones de la discapacidad como son la movilidad, la capacidad de realizar los cuidados personales, las actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión procedentes de la encuesta de salud 1999-2000 y medidos por el Euroqol-5d. Según esta información un 24% de la población no institucionalizada mayor de 65 años tiene problemas para caminar (movilidad), un 9,7% problemas con el cuidado personal (lavarse o vestirse); y un 20,9% problemas para realizar sus actividades cotidianas como pe. trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas.

Por otro lado, el peso de las enfermedades degenerativas es central en la concurrencia entre enfermedad y discapacidad. Entre las enfermedades degenerativas destaca, de manera especial, la demencia. Su incidencia aumenta con la edad, lo que unido a la evolución demográfica hace prever que el problema adquiere mayores dimensiones en la primera mitad del siglo XXI.

La prevalencia de las demencias moderadas y graves en personas mayores 65 años, según el análisis global de los resultados de diversos estudios realizados en Europa oscilan entre un 6,4% para la población mayor de 65 años y un 27,5% en los mayores de 85 años. El índice de crecimiento aumenta con la edad, de forma que el porcentaje se dobla cada cinco años entre los 60 y los 90; en términos globales estos estudios no aprecian diferencias entre varones y mujeres.

Hay que destacar en estos casos, la existencia de una estrecha relación entre diagnóstico y capacidad funcional del enfermo. La afectación del estado mental, la salud física y las actividades de la vida cotidiana ocasionan incapacidad de diverso grado en estas personas y generan en ellas grandes necesidades de carácter médico, social o socio sanitario.

Otro factor de crucial importancia tiene que ver con la denominada crisis del sistema sanitario: La media del gasto sanitario público en los países de la OCDE es del 5,6% de su PIB, y más del 90% de este gasto se dedica a la asistencia sanitaria. Los servicios sanitarios se han extendido enormemente, tanto en lo referente a la cantidad de población protegida como a las prestaciones ofrecidas; hay que contar asimismo con lo que ha supuesto la incorporación de nuevas tecnologías, la mayor parte de ellas muy costosas. (Elola J 1994)

## **1.2. Modelo actual de atención. Nuevas necesidades sociosanitarias.**

El sistema sanitario público presenta un modelo implícito de atención al colectivo de personas con patologías crónico-degenerativas, de carácter evolutivo e invalidante y a personas en situación terminal, en el marco de las prestaciones preestablecidas para el conjunto de la población.

El sistema de servicios sociales no alcanza en su desarrollo una plena atención al conjunto de colectivos susceptibles de atención social sino únicamente una atención a aquellas personas que se encuentran en situación de desvalimiento o dependencia por cualquier razón y en las que concurren carencias socio-económicas y familiares y dependencias generadas por problemas psíquicos, cognitivos y/o de comportamiento.

Desde una visión general de las necesidades y demandas que generan este tipo de personas, además de plantear problemas de tipo sanitario, tienen necesidades de orden psicológico, económico, social, etc. La demanda de asistencia se caracteriza por aparecer de manera cambiante y requerir de la actuación en distintos niveles: atención primaria, servicios de salud mental, atención especializada y servicios sociales, provocando la necesidad de una provisión de cuidados continuados y, en algunas ocasiones, permanentes. Sin embargo, las respuestas de los diferentes servicios suelen ser parciales y puntuales, actuando sobre la sintomatología y olvidándose de la necesaria intervención sobre la multiplicidad de causas que a menudo originan y determinan el problema a tratar.

Como características más relevantes que conforman el modelo actual de atención a estas personas, se pueden destacar las siguientes:

- El modelo de atención es fundamentalmente curativo y no responde adecuadamente a las necesidades de estas personas
- El modelo de atención primaria "a demanda" no es el más correcto para atender a personas con problemas crónicos donde sin duda las necesidades superan a las demandas.
- Déficit de recursos para la atención de personas mayores dependientes y a personas con discapacidad. El índice de recursos institucionales para personas asistidas es bajo, especialmente para enfermos con demencia, y los recursos comunitarios como hospitales de día y programas de conexión, atención especializada y atención primaria, no están suficientemente desplegados.
- Los recursos institucionales existentes no están suficientemente definidos en los diferentes tipos de necesidades. Esto, junto con la carencia de recursos, produce confusión, en la ubicación de los usuarios-as, en los mecanismos de financiación y en la delimitación de competencias entre los servicios sociales y sanitarios.
- En algunos centros residenciales del Sistema de Acción Social, concebidos en muchas ocasiones para atender a personas mayores sin enfermedad ni dependencia, se produce un empeoramiento gradual de la situación de los mismos que origina un importante aumento de atención sanitaria.
- No existe una suficiente conexión entre los diferentes recursos sociales y sanitarios y *tampoco es buena dentro del sistema sanitario la coordinación entre atención especializada y atención primaria.*
- Otras deficiencias detectadas hace referencia a aspectos relacionados con el modelo de atención, como son formación específica de los profesionales y el déficit de algunos profesionales considerados como necesarios.

**De lo anterior se desprende la necesidad de diseñar y aplicar un modelo de atención específico a los colectivos referidos, un modelo de organización de los recursos que incluya medidas en todos los ámbitos, establecimiento de prioridades en su**

**implementación, y programas de formación de profesionales y medidas de evaluación y seguimiento.**

### **1.3.Crisis del apoyo informal**

Los cambios sociodemográficos han supuesto una crisis del actual modelo de apoyo informal que, tradicionalmente, ha prestado el núcleo familiar haciéndose cargo del cuidado y la atención a sus miembros. Los cambios operados en el seno de las familias, como la disminución del número de hijos-as, la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, la disminución del tamaño de las viviendas, las familias monoparentales, las movilizaciones geográficas de las distintas personas de la familia y las transformaciones en los hábitos de vida y en las pautas de consumo, han sido la causa de dicha crisis.

Sin embargo, el rol asistencial de las personas cuidadoras, a pesar de ser una pieza estratégica, no ha tenido el reconocimiento que se merece, ni el suficiente apoyo desde la red formal, que hubiera evitado situaciones de sobrecarga física y psíquica de muchas de estas personas, que han desembocado en la decisión de institucionalizar al familiar dependiente debido a la imposibilidad de seguir haciéndose cargo de su atención.

La política de envejecer en casa no debe consistir en la simple desinstitucionalización o en abaratar costes, a cargo de la familia, sino en considerar la labor de la familia como parte integrante del continuo asistencial del modelo sociosanitario interdisciplinar, involucrando todavía más a las familias, promoviendo incentivos económicos para estas, desarrollando programas de apoyo al cuidador mediante ayudas domiciliarias, ofertando dispositivos sociosanitarios intermedios como servicios de respiro temporal y programas de información, formación y apoyos técnicos y psicológicos.

Sin embargo, la crisis del apoyo informal no significa un retroceso sino una transformación de amplio alcance. En este proceso de transición, la familia no debe seguir afrontando el peso de la dependencia sin ayudas generadas por el desarrollo de una política de apoyo específica para las personas cuidadoras

El continuo asistencial que caracteriza el modelo de atención sociosanitaria interdisciplinar incluye también a la familia cuidadora por lo que es necesario disponer de un marco legal protector de sus derechos sociales e individuales

Como datos significativos cabe señalar que en un 38% de los hogares de Navarra viven personas mayores de 65 años y en casi la mitad de estos (42%) todos los miembros son personas mayores de 65 años. En el caso de personas con incapacidad el 80% (4 de cada 5) viven en el hogar y sólo un 20% están institucionalizados. Una persona puede estar a lo largo de su vida un total de 10,4 años en situación de incapacidad, de los cuales 6,7 serán de carácter permanente, 2,9 de carácter temporal y 0,8 institucionalizado (0,6 años los hombres y 1,1 las mujeres).

#### **1.4. Salud Mental: Necesidad de adecuación y coordinación de los servicios y programas sanitarios y sociales**

En Navarra el Plan de Salud Mental (1986) constituye el marco legal de la atención a la salud mental. A partir de él se sentaron las bases del programa de desinstitucionalización de personas del Hospital Psiquiátrico, lo que evidenció la persistencia de la cronicidad y la insuficiencia o falta de adecuación de los programas alternativos sanitarios y sociales.

Se observan serias diferencias, en el nivel de cobertura, entre las personas procedentes del Hospital Psiquiátrico y las personas atendidas en la comunidad. En la práctica actual de salud mental comunitaria ha surgido un nuevo colectivo, los llamados nuevos crónicos, que no han requerido internamientos prolongados y han vivido en la era de la desinstitucionalización desde comienzo de su enfermedad. Son personas que presentan un serio deterioro psicosocial:

1. Fuerte descenso de iniciativa, que lleva a la extinción de conductas sociales espontáneas.
2. Dificultad para mantener el rendimiento en cualquier actividad.
3. Descenso del interés y la motivación.
4. Tendencia al aislamiento social, con rechazo expreso de la compañía.
5. Pérdida de los patrones y habilidades sociales.

Estas personas necesitan repetidamente permanencias en instituciones psiquiátricas, y/o consumen prestaciones de forma continuada durante prolongados periodos de tiempo, sin que ello suponga necesariamente una intervención eficaz para su problemática. Once años después de iniciado el proceso de transformación en la asistencia psiquiátrica en Navarra, se observa:

1.- La persistencia de un grupo significativo de enfermos-as que padeciendo o no frecuentes crisis, mantienen síntomas que limitan su capacidad de vivir. Padecen también serias carencias en materia de recursos sociales, y las prestaciones de los dispositivos de la red de Salud Mental no alcanzan a cubrir sus necesidades sociosanitarias.

2.- La existencia de barreras entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, tanto en el terreno organizativo como en el económico, implica el fraccionamiento de las prestaciones y la insuficiente cobertura de las necesidades.

En el estudio realizado en 1995 por el colectivo de trabajadoras sociales de la red de salud mental de Navarra se detectó que al menos unas 450 personas (un 3% del total de las personas atendidas ese año) tenía necesidades de carácter social. Hay que señalar que en este diagnóstico no se incluyen ni las personas institucionalizadas en los servicios de salud ni las atendidas por el Departamento de Bienestar Social. (Abaurrea p et al. 2000)

Tabla 1. Tipo de necesidades detectadas en personas atendidas en la red de salud mental 1995

Areas	
<b>Residencial</b>	Residencia asistida:23%
(50%)	Piso tutelado: 35%
	Piso semitutelado: 23%
	Patrona protegida: 5%
	Atención domiciliaria: 13%
<b>Ocupacional/laboral</b>	Centros especializados de empleo: 32%
	Centro ocupacional: 27%
	Empleo social protegido: 22%
	Programas de reinserción laboral 18%
<b>Ocio y tiempo libre</b>	50%
<b>Apoyó la comunidad</b>	30%

Fuente: " Abaurrea, P, Astrain MV, Elgorriaga, G, Litago, R y Lora, B. (2000) Necesidades sociales de los enfermos esquizofrénicos en Navarra. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 3 (sup1)

El Plan de Salud Mental de 1986 se desarrolla hasta tal punto que hoy ya no existe el histórico recinto manicomial, pero la carencia en el citado plan de un desarrollo de recursos alternativos, ha derivado en un vacío generador de situaciones negativas para las personas con enfermedad mental y

sus familias. Con la Ley Foral 13/1999 se transforma el antiguo psiquiátrico en Centro Psicogeriátrico, atendiendo a la reglamentación del INBS. Además, y por vez primera, se establece una financiación de carácter mixto: la atención sanitaria se considera gratuita, pero la de carácter residencial habrá de responder a lo establecido por la normativa.

Siguiendo con este desarrollo de reconocimiento de los derechos a las prestaciones relacionadas con minusvalías de las personas con trastorno mental crónico se aprueba la Orden Foral 204/1999. Esta contempla la inclusión de dos tipos de servicios –no reglamentados previamente, y realmente necesarios-, como son los servicios de Residencia Asistida para personas con Enfermedad mental y los Pisos Funcionales y/o Tutelados para personas con enfermedad mental

## **1.5 Marco Institucional Público de Navarra: Bienestar Social y Salud**

La atención socio sanitaria se basa en tres elementos fundamentales: **derivar al usuario-a al recurso más idóneo para su adecuada atención, garantizar una rápida derivación de un recurso a otro en función de los cambios en la situación del usuario-a y para todo ello disponer de una red de servicios suficientemente diversificada y dotada**

Según Maravall, H. (1999) todo esto parece tan obvio que no merece mucha explicación, pero si exige una premisa fundamental: que ambos Sistemas de Protección Social: el Sistema de Salud y los Servicios Sociales, tengan un nivel de desarrollo equilibrado. Ya en la propia Constitución se encuentra un tratamiento muy diferente de las políticas sanitarias y de los servicios sociales. Así, mientras se reconoce el Derecho a la Salud como un derecho universal para toda la población, no hay tal reconocimiento en lo que se refiere a los servicios sociales. En 1978 se crea el INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) y el INSERSO (Instituto de Servicios Sociales de la Seguridad Social) destinado fundamentalmente a los mayores de 65 años y a los discapacitados. Paralelamente la Constitución sitúa las competencias de atención básica en materia de asistencia en las Comunidades Autónomas y en las Corporaciones Locales.

La década de los 80, ha sido la de la universalización de la asistencia sanitaria y la del impulso del nuevo modelo de atención primaria. Y ello combinado con un proceso de descentralización y trasvase de competencias a las CCAA, que se acerca al 60% de la población y eso sí, con un marco de referencia común, como es la Ley General de Sanidad (1986).

Contando incluso el sistema sanitario con una definición de las prestaciones y derechos de los ciudadanos en materia de salud, más allá de las definiciones genéricas de la citada Ley general y del Texto Refundido de la Seguridad Social. La normativa que regula las prestaciones del Sistema de Salud en Navarra se recoge en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre "Ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud", que, entre otros aspectos, señala la voluntad de la Administración Foral de facilitar atención y asistencia sanitaria a toda la población. De especial interés, en relación con el motivo de este plan, es la Disposición adicional 4ª, que establece: **"La atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales"**.

El área de servicios sociales, por otra parte, al carecer de un marco legislativo estatal común, tema polémico constitucionalmente, ha dado lugar a un desarrollo de los Servicios Sociales por parte de las Comunidades Autónomas realmente heterogéneo en cuanto al tipo de prestaciones e intensidad de las mismas.

Las transferencias tanto en materia de servicios de salud como de servicios sociales en Navarra culminan en 1990. Desarrollándose diferentes estructuras orgánicas, con estructuras de planificación y gestión diferenciadas: Departamento de Salud, Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea, frente al Departamento de Bienestar Social y El Instituto Navarro de Bienestar Social.

"Las dificultades estructurales no provienen únicamente del nivel de organización político administrativo sino que radican mucho más en la concepción misma del papel de ambos tipos de servicios: mientras los servicios sanitarios gozan de la consideración legal de derecho universal con características de gratuidad. La mayor parte de servicios sociales tienen la consideración de servicio vicariante que es prestado por el sector público con características "graciables" en función de prioridades y disponibilidad de recursos." (Carrillo, E. y Illa, C 1999)

## 2 MODELO DE ATENCION SOCIO SANITARIA

### 2.1 Modelo de atención

Existe un consenso generalizado por parte de las personas expertas y organizaciones que han trabajado en este campo sobre los aspectos básicos del modelo específico de atención, que debe ser:

- **Integral:** Tiene en cuenta las diferentes necesidades de atención de las personas enfermas y con discapacidad (físicas, emocionales, sociales y espirituales) y de sus familias.
- **Interdisciplinar:** Con participación de los diferentes profesionales que deberán intervenir para prestar una atención integral y continuada. Es preciso actuar como equipos multiprofesionales para obtener los máximos estándares de calidad y eficacia en la valoración y detección de las necesidades, en la prevención de complicaciones, en la planificación de las actividades y en la evaluación de los resultados obtenidos.
- **Rehabilitador activo:** Para disminuir el impacto físico de la enfermedad y discapacidad o medidas para mantener los mejores niveles en la calidad de vida.

### 2.2. Organización de recursos

En cuanto al modelo de organización de los recursos, se propone que este sea:

- **Global:** Aplicando medidas en cada uno de los diferentes ámbitos de atención (sistema sanitario y sistema de servicios sociales).
- **Sectorizado, permeable y flexible:** Para crear recursos comunicados y con flexibilidad en los primeros momentos de implantación, cuando resulta difícil conseguir una ubicación adecuada de las personas, estableciendo circuitos de derivación y las adecuadas interrelaciones de los profesionales.

## 2.3. Implantación

La implantación deberá ser gradual y armónica. De hecho se propone un cronograma de implantación que establece la puesta en marcha de las propuestas de este plan de manera experimental en diferentes zonas básicas.

## 2.4. Concepción comunitaria de cuidados

Por otra parte y desde una concepción comunitaria de los cuidados, estos se han de estructurar en tres apartados:

- I. **Autocuidados:** Enseñando a los usuarios-as normas sencillas de prevención y tratamiento.
- II. **Atención informal:** A cargo de familiares, y/o voluntariado.
- III. **Atención formal:** Prestaciones en Atención Primaria de Salud. Unidades específicas en Hospitales Generales y centros y servicios de carácter socio-sanitario. Servicios sociales básicos y especializados.

## 2.5. Líneas Básicas de Actuación

- a) Desarrollar una intervención alternativa o complementaria al enfoque exclusivamente médico, mediante la coordinación de las acciones desarrolladas entre los distintos niveles asistenciales dirigiendo los servicios hacia la continuidad de los cuidados.
- b) Necesidad de adoptar un enfoque multidisciplinar en la atención a los usuarios-as, en los que confluye un problema sanitario y social, dando respuesta a las dependencias relacionadas con la capacidad funcional, la movilidad y la relación con el entorno.
- c) Especial atención a la asistencia prestada por el entorno familiar (cuidar a las personas cuidadoras) situando la oferta de servicios a este colectivo en la Atención Primaria de Salud.
- d) Dar una nueva orientación a los servicios, recursos, programas sanitarios y sociales adaptándolos a las nuevas necesidades de la población, lo que exige una estrecha colaboración y

coordinación intersectorial. La actual falta de adecuación y ordenación de los servicios existentes provoca una inadecuada utilización de estos.

e) Necesidad de establecer criterios claros a la hora de designar recursos y servicios ya que, de su correcta utilización, se derivan notables beneficios en la calidad de atención al usuario-a y en los costes de su utilización.

## 3 OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DEL PLAN FORAL DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

### 3.1. Objetivos

1. Delimitar y definir un modelo específico de atención desde un enfoque integral y globalizado, para los colectivos de personas con conjunción de enfermedad y dependencia, con necesidades sociales y sanitarias.
2. Garantizar una utilización exhaustiva y extensiva de los actuales recursos e instalaciones.
3. Desarrollar en consecuencia una red funcional de asistencia socio-sanitaria, dotada de recursos ambulatorios, hospitalarios y residenciales de media y larga estancia, y fomentar la creación de nuevas alternativas asistenciales.
4. Adecuar y reordenar el Sistema Sanitario y el Sistema de Servicios Sociales, para responder a las demandas y necesidades socio-sanitarias de la población de forma racional y eficiente.
5. Alcanzar una suficiente coordinación del Sistema de Servicios Sociales y el Sistema Sanitario, que garantice la continuidad de los servicios socio-sanitarios entre los distintos dispositivos y niveles de atención
6. Impulsar programas de apoyo a las familias de los usuarios-as, así como promover la colaboración de las asociaciones de autoayuda y del voluntariado social, con el fin de crear una red de cuidados informales, con apoyo específico a las personas cuidadoras.
7. Fomentar en el espacio socio/sanitario la investigación, docencia y formación continuada de los profesionales del Sistema Sanitario y del Sistema de Servicios Sociales.
8. Definir, un modelo de financiación de la atención socio-sanitaria que garantice la equidad y la solidaridad, así como la corresponsabilidad en la misma.

9. Promover en la población general un mayor conocimiento sobre los beneficios de la atención domiciliaria de los colectivos objeto de atención en este Plan.
10. Disponer de una estructura estable y ágil para la coordinación socio-sanitaria.
11. Disponer de la normativa específica de garantía de calidad de centros y servicios socio-sanitarios.
12. Disponer de los protocolos adecuados de casos en los distintos niveles del Sistema Sanitario como en el de Servicios Sociales que garantice la continuidad y la coordinación en los cuidados.
13. Disponer de un sistema de evaluación de la calidad asistencial en los centros socio-sanitarios.

### **3.2. Criterios básicos de actuación**

El reto de la atención sociosanitaria radica en conseguir que los servicios estén centrados en las personas. Un sistema así debe poseer las siguientes características:

- promover un mayor abanico de servicios y de formas en que éstos se dispensen.
- disponer de mejor información para permitir a los individuos identificar y acceder a los servicios más adecuados.
- promover principios de equidad en el acceso a los servicios y de equidad de resultados para las personas que acceden a los servicios sociales y de salud; y promover la participación ciudadana en la planificación, tanto de la salud como de los servicios.
- promover la continuidad de cuidados, lo que incluye una mejor coordinación entre los servicios.
- adaptarse a los cambios en las expectativas de la ciudadanía.

La atención a las personas con problemas crónicos en los que se conjuga enfermedad y discapacidad se ha resuelto de una manera muy tradicional. A menudo, se ha centrado en identificar si a la persona le corresponde determinada prestación, más que en una valoración global de sus necesidades. Si no les corresponde ese servicio se les deriva (se les deja a la deriva, podríamos decir), confiando en la innata capacidad de las personas para navegar por el laberinto de los servicios, prestaciones o recursos.

### 3.3. Gestión de casos: Plan de servicios individualizado

La forma de resolver los problemas de coordinación existentes se basa en trabajar en un plan individualizado de servicios –gestión de casos -, esto es, en una estrategia que organice y coordine los cuidados de cada persona. Los objetivos, por tanto, implican más la movilización y coordinación de un grupo de diferentes organizaciones y servicios para lograr un objetivo claramente formulado, que el hecho de que cada servicio u organización establezca objetivos separados y diferentes. (Challis et al. 1989, 1990, Servei Catalá de la Salut 1986)

El plan de servicios es una estrategia que opera a diferentes niveles asistenciales y administrativos para individualizar, organizar y coordinar un “paquete” total de servicios, a menudo en el domicilio, pero frecuentemente en o a través de otros recursos asistenciales. Desde una perspectiva conceptual, trabajar desde la perspectiva de la gestión de casos implica el cambio desde una organización orientada a los recursos o servicios, a una organización orientada al caso y al proceso. De hecho implica una reestructuración de la organización de la asistencia.

#### Etapas del Plan Individualizado de servicios

1. Identificación de casos. Desarrollo de sistemas de penetración en las redes asistenciales comunitarias para garantizar la identificación de casos potenciales de riesgo que podrían beneficiarse de los servicios.
2. Selección y admisión.
3. Evaluación y reevaluación. Utilización de instrumentos multidimensionales, altamente estandarizados y basados en instrumentos de valoración de conocida validez y comparabilidad.
4. Elaboración del plan individualizado de cuidados. Incluye el empleo de recursos formales e informales.
5. Organización de los servicios. Desarrollo real del plan de cuidados. Varían desde la simple gestión personal hasta la capacidad de compra de servicios.
6. Monitorización y evaluación. Su tarea no termina con la derivación sino que incluye la monitorización de que los servicios están siendo provistos, de acuerdo con el plan de cuidados, en tiempo, cantidad y calidad, así como la evaluación de sus resultados.

**Funciones opcionales:**

7. Intermediación para el cliente y la familia.
8. Planificación presupuestaria de los servicios.
9. Gestión de la calidad y evaluación de la utilización.
10. Provisión directa de los servicios.

El plan individualizado de servicios exige **definir las indicaciones (tipo de población y problemas)** donde se pueda demostrar su eficiencia.

### **3.4. Coordinación entre servicios y sistemas de acceso**

La **coordinación de la atención** tendrá las siguientes características:

- el acceso a la atención coordinada se ha de producir tras un estudio integral de la situación.
- la decisión de recibir este tipo de atención será totalmente voluntaria por parte del paciente y de las personas que le cuidan.
- el paquete de servicios ofrecidos puede incluir todo tipo de servicios: atención primaria, cuidados domiciliarios, atención médica, atención de día, residencial, etc.

Un **sistema coordinado** de atención deberá incluir:

- un mecanismo de identificación de las personas que puedan beneficiarse de esta coordinación.
- una red de responsables de seleccionar la mejor gama de servicios junto con la persona afectada y sus cuidadores-as, y de asegurar que recibe la atención más adecuada en el momento preciso.
- unos criterios que permitan identificar qué es “una buena practica” en la atención a los individuos y a sus cuidadores-as, y que asegure que se les provee de los mejores cuidados posibles.

## 4. RECURSOS DE ATENCION SOCIOSANITARIA

### 4.1. Situación actual

En las tablas siguientes se presenta un listado de recursos que prestan servicio a personas en situación de dependencia y enfermedad.

<b>LARGA ESTANCIA</b>	<b>Organismo gestor</b>	<b>N Centros</b>	<b>Plazas para la intervención socio/sanitaria</b>
Residencias para la tercera edad	INBS	62	1804
Residencias para personas con discapacidad	INBS	7	135
Centro Psicogeriátrico "San Francisco Javier"	SNS-O	1	213
Casa de Acogida SIDA	*	1	11
Pisos funcionales para personas con discapacidad	INBS	4	63
Pisos protegidos de Salud mental	SNS-O		23

\* subvenciones del Departamento de Salud, Departamento de Bienestar Social y Ministerio de Asuntos Sociales

<b>MEDIA ESTANCIA</b>		<b>N centros</b>	<b>N plazas socio/sanitarias</b>
Unidades de media estancia	SNS	2	93
Unidad de atención a personas en situación terminal	SNS	1	19
Descanso familiar	SNS	1	

<b>ATENCION DE DIA</b>		<b>N centros</b>	<b>N plazas socio/sanitarias</b>
Centros de Día para la tercera edad	INBS	6	135
Centros de Día para personas con discapacidad	INBS	8	199
Centro de Día Psicogeriátrico	SNS-O	1	20

### ATENCION DOMICILIARIA

Programas de atención domiciliaria en Atención Primaria de Salud  
 Programa de Atención Domiciliaria, que es considerada como prestación básica de los Servicios Sociales  
 Programa de Atención domiciliaria y acompañamiento a enfermos mentales

---

**SUBVENCIONES A ASOCIACIONES**

---

Departamento de Salud  
 Departamento de Bienestar Social

---

#### 4.2. Propuesta de ordenación de recursos

Este listado de recursos que se presenta no distingue el peso o la intensidad que la dependencia y la enfermedad de las personas en esos recursos, ni el grado de capacidad resolutivo de cada uno de ellos. Desde esta perspectiva se presenta una propuesta de ordenación de recursos que pretende contemplar la complejidad de esta situación, teniendo en cuenta la perspectiva de la financiación.

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Centros residenciales para personas con alto nivel de dependencia psicofísica y social                         <ul style="list-style-type: none"> <li>Plazas de larga estancia</li> <li>Plazas de corta estancia y/o unidades de convalecencia</li> </ul> </li> <li>➤ Centros de día o estancias diurnas en centros residenciales</li> <li>➤ Unidades de paliativos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Nivel de atención socio sanitario <b><u>INTENSO</u></b></li> <li>◆ Módulo sanitario / Módulo social</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Residencias de Válidos</li> <li>➤ Pisos funcionales: - Para personas con un nivel de dependencia psico-física y social moderada</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Nivel de atención socio sanitario <b><u>MODERADO</u></b></li> <li>◆ Atención sanitaria programada y normalizada, con seguimiento y programas específicos (Salud Mental, Drogodependencias, Educación para la Salud, etc.)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Programas socio sanitarios comunitarios                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados informales</li> <li>- Ayuda a domicilio (Sanitaria y Social)</li> <li>- Otros apoyos a la familia</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Nivel de atención socio sanitario mediante Programas Específicos: (Educación para la Salud, Formación de cuidadores, etc....)</li> </ul>

## 5. ATENCION PRIMARIA SOCIOSANITARIA

### 5.1. Objetivos específicos:

- Garantizar a la población con conjunción de dependencia y enfermedad una asistencia sociosanitaria adecuada y coordinada.
- Elaborar un sistema ágil de detección, atención y seguimiento de las necesidades sanitarias y sociales de la población residente en Navarra.
- Garantizar una atención comunitaria sociosanitaria continuada y coherente, prestada por ambos Departamentos, a todas aquellas personas con problemas de autovalimiento que residan en su domicilio.
- Garantizar una atención sociosanitaria adecuada a aquellas personas institucionalizadas, está deberá ser prestada por ambos Departamentos.
- Simplificar el actual proceso de acceso a prestaciones.

### 5.2. Acciones:

- Se difundirá en las redes de atención primaria de Salud y Bienestar Social las respectivas carteras de servicios y, en concreto, los servicios existentes en cada zona y la forma de acceso a los mismos
- Se establecerá un responsable de información y asesoramiento en cada centro de ambas redes (servicio social de base/centro de salud)
- Se diseñará un impreso único de recogida de información sanitaria para el acceso a las prestaciones sociales.
- Se organizará la atención sanitaria a residencias y centros de día, por parte del Departamento de Salud.
- Se creará un núcleo de coordinación de la atención sociosanitaria en cada de zona básica de salud.

### 5.3. Dispositivos comunitarios de atención a la población

Para garantizar esta atención es necesario articular en un sistema integrando todos aquellos dispositivos, programas, servicios y recursos cuya finalidad es atender a personas con dependencia (exceptuando los que suponen un internamiento permanente en una residencia) Esto significa la puesta en marcha de los recursos independientemente de su ubicación administrativa en torno a objetivos compartidos.

El criterio para regular la atención comunitaria tanto social como sanitaria es el nivel de dependencia, se propone la utilización de un instrumento de medida común para establecer las personas que son dependientes, independientemente del plan de cuidados de cada servicio.

Los recursos y dispositivos que pueden ser de aplicación en la atención a personas dependientes en la comunidad, son los que aparecen en la tabla 2.

La coordinación entre el Sistema de Salud y el de Servicios Sociales en la atención comunitaria consiste en establecer un procedimiento reglado de trabajo en cooperación que se extienda a todas las zonas básicas.

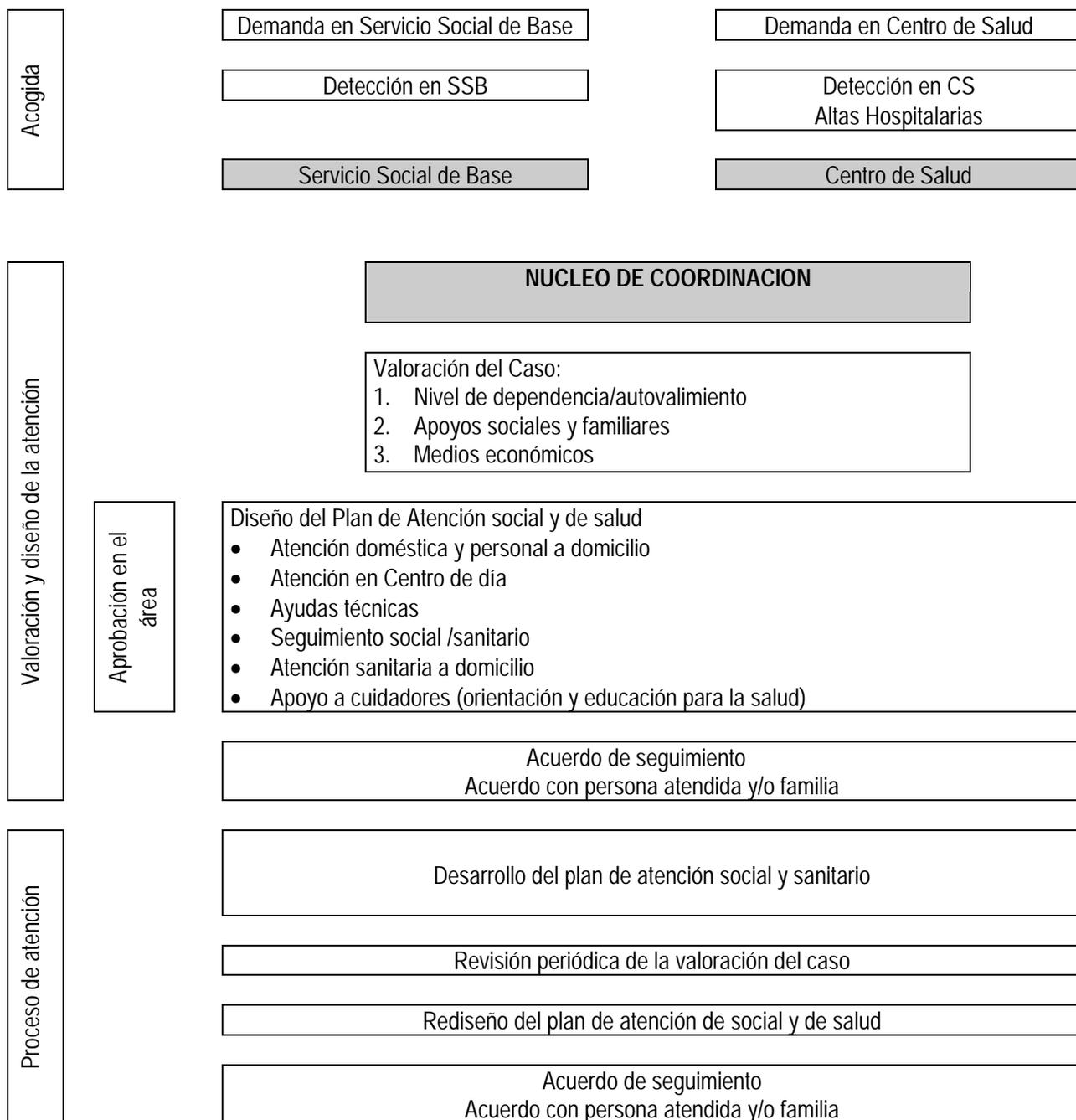
Esto se concretará en:

- una **valoración conjunta de los casos**. A estos efectos se constituirá un núcleo de valoración entre cada servicio social de base y cada centro de salud. La comisión la formarán profesionales del Centro de Salud y un-a trabajador-a social del SSB, que podrían realizar las valoraciones por sí mismos o recabando información en sus respectivos centros.
- Un **diseño conjunto del plan de** atención coordinando los distintos tipos de recursos necesarios.
- **Gestión** en donde proceda de cada uno de los servicios considerado como necesario.
- Una **revisión periódica** (semestral o cuando las circunstancias lo exijan) de la situación de los casos, poniendo al día la valoración de los mismos y el plan de atención.

Tabla 2. Dispositivos a integrar en la gestión de casos para la atención a personas con problemas de dependencia en la comunidad.

Dispositivo	Institución pública responsable*
<b>Atención doméstica y personal a domicilio</b>	
Atención de trabajadora familiar (SAD)	Servicios sociales de base
Ayudas económicas para atención a domicilio	INBS
Atención domiciliaria de urgencia	(servicios sociales)
<b>Atención institucional temporal</b>	
Centro de día	INBS
Estancias breves en residencia	INBS
<b>Supervisión y seguimiento del caso</b>	
Seguimiento social	Servicios sociales de base
Seguimiento sanitario	Centros de salud
Servicio telefónico de emergencia	INBS
<b>Apoyo a las personas cuidadoras</b>	
Servicios de respiro	(servicios sociales)
Apoyo personal y emocional	(servicios sociales)
Formación y apoyo técnico	(servicios sociales y de salud)
<b>Promoción de apoyos sociales extrafamiliares</b>	
Promoción del voluntariado/apoyos sociales	(servicios sociales y de salud)
<b>Acceso a ayudas técnicas</b>	
Servicios de préstamo	(servicios sociales y de salud)
Ayudas para adquisición	(servicios sociales y de salud)
<b>(a coordinar) Atención sanitaria a domicilio</b>	
Programa de atención a domicilio de salud	Centros de salud
<b>Telealarma</b>	(servicios sociales)
<b>Acondicionamiento de la vivienda</b>	(servicios sociales)

La organización se estructurará tal y como aparece en el diagrama adjunto, en tres niveles: acogida, valoración y diseño de la atención y desarrollo del proceso de atención. La persona demandante puede ser captada en cualquiera de los dos niveles de atención, pero la resolución del caso ha de hacerse con perspectiva de gestión integral.



## 5.4. Cartera de Servicios y Prestaciones en el área de servicios sociales

1 - Ayudas extraordinarias para personas con dificultades de autovalimiento destinadas a resolver situaciones de emergencia y, entre otras, las tendentes a facilitar la movilidad, equipamiento y adecuación de la vivienda u otro tipo de ayudas por motivo de su situación físico-sanitaria.

2 - Prestaciones económicas para balnearios: su finalidad es posibilitar un tratamiento médico adecuado e individualizado y fomentar la relación social de los usuarios-as con las actividades organizadas para el ocio, entretenimiento e interés cultural.

3 - Ayudas de asistencia especializada para personas minusválidas destinadas a posibilitar tratamientos ambulatorios de carácter rehabilitador en concepto de estimulación global de 0 a 3 años (logopedia, psicomotricidad, fisioterapia) y transporte derivados de los mismos.

4 - Prestaciones económicas para la movilidad de personas disminuidas para apoyar los medios de transporte a motor, tanto individuales como la adaptación del transporte colectivo.

5 - Prestaciones económicas para estancias en centros ajenos de tercera edad y en centros ajenos destinados a personas con minusvalías psíquicas.

6 - Prestaciones económicas a entidades para organizar programas de vacaciones para personas con discapacidad.

7 - Subvenciones para funcionamiento, equipamientos menores y fomento de actividades recreativas y de ocio a través de las residencias, clubes y asociaciones sin régimen de concierto en el área de tercera edad.

8 - Subvenciones a entidades y asociaciones para funcionamiento, equipamientos menores y fomento de actividades, que atienden a personas que padecen minusvalías.

9 - Servicio telefónico de urgencia dirigido fundamentalmente a personas mayores de 65 años y personas con discapacidad.

10 - Instalación de teléfonos de texto para personas sordas o con dificultades de habla. El proyecto contempla dos modalidades: teléfonos individuales y de uso público.

11 - Servicio de calificación y valoración de minusvalías: la calificación es un documento personal válido para todo el Estado Español que acredita el grado de minusvalía y que da acceso en la actualidad a diferentes prestaciones y servicios sociales según el grado y características de la misma.

12 - Programa de atención a domicilio gestionado u financiado por el Gobierno de Navarra y los Ayuntamientos se dirige fundamentalmente a personas mayores o con discapacidad. Presenta dos modalidades de atención diferentes:

- Atención directa por parte de los programas de atención a domicilio de los servicios sociales de base. El contenido de los programas incluye fundamentalmente tareas domésticas y cuidados personales. Se dirige a personas con necesidades de atención de hasta 2 horas diarias. Están implantados en todo el territorio de Navarra.
- Ayudas económicas para la atención a domicilio. Se dirige a las personas con necesidades de atención iguales o superiores a 2 horas y media al día. Es gestionado por el Instituto Navarro de Bienestar Social.

### ***5.5. Cartera de servicios prestados por la Atención Primaria de salud***

#### **A. Personas residentes en su domicilio**

##### **Válidos      Conocimiento bilateral de servicios**

Exámenes periódicos de salud, educación y consejo sobre estilos de vida saludables en mayores de 65 años.

Protocolo de atención al anciano: autovalimiento y capacidades.

Educación para la salud a grupos específicos de población: ancianidad.

##### **Simplificación de acceso**

Impreso único.

##### **No válidos**

**Detección y seguimiento conjunto de casos:** Núcleo de coordinación en cada zona básica.

##### **Atención en domicilio.**

Consulta domiciliaria continuada a personas incapacitados y su entorno familiar:

Programa de atención domiciliaria

Atención al paciente irreversible en su última fase y a su entorno familiar: programa del paciente terminal.

- La clasificación de válidos y asistidos deriva de la normativa de Bienestar Social.

## B. Personas que viven en residencias.

Válidos*	Igual tratamiento que a los residentes en domicilio.
Asistidos*	<p>Atención Sanitaria a residencias. Programa de Prevención, Asistencia y Mantenimiento de capacidades, que incluya</p> <p><b>Promoción de estilos de vida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hábitos higiénico/dietéticos correctos para la edad.</li><li>- Estímulo y enseñanza de ejercicio físico apropiado.</li><li>- Mantenimiento de capacidades intelectuales y de autovalimiento</li></ul> <p><b>Medidas preventivas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Vacunación sistemática de gripe y tétanos.</li><li>- Búsqueda de factores de riesgo prevalentes.</li></ul> <p><b>Acciones asistenciales y rehabilitadoras.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Atención a demanda del usuario-a.</li><li>- Atención a iniciativa del profesional para control y seguimiento de patologías crónicas.</li><li>- Atención de urgencias.</li></ul> <p><b>Desarrollo de prestaciones desde Atención Primaria de Salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Medicamentos y productos sanitarios en la forma e indicaciones que determine la Ley de Atención Farmacéutica.</li><li>- Extracciones: Se facilitará a todas las residencias.</li><li>- Atención de enfermería con carácter ordinario: Deben tener personal propio todas aquellas de tamaño grande e intermedio (tabla 3).</li><li>- Fisioterapia: En las residencias grandes e intermedias deberá existir personal propio. En las residencias pequeñas, las labores de rehabilitación serán asumidas por el personal de enfermería del centro de salud.</li><li>- Atención médica con carácter ordinario. (Se organizará según tabla 3)</li><li>- Atención de urgencias: Se garantiza por los sistemas de urgencias del Servicio Navarro de Salud.</li></ul>

\* La clasificación de válidos y asistidos deriva de la normativa de Bienestar Social.

## Propuesta de un sistema organizativo que ordene la prestación sanitaria en el área residencial

Tabla 3: Esquema de organización de la prestación sanitaria en el área residencial.

Tipo de Residencia	Grande	Mediana Agrupada	Mediana Aislada	Pequeña
<b>Prestación</b>				
Desde el centro de salud			Médico	medico y enfermería
Personal Propio	Medico, enfermería y fisioterapeuta	enfermería y fisioterapeuta	enfermería y fisioterapeuta	
<b>Crecimiento de plantilla</b>		medico		

1. Se realizará por parte del Departamento de salud una categorización inicial de las residencias a efectos de organización de la prestación sanitaria, categorización que se basa en criterios de número de plazas asistidas, ubicación y agrupación con otras residencias.
2. Se incluirán en los conciertos con residencias las exigencias de plantilla sanitaria propia que deben tener en función de la categoría en que hallan sido ubicadas.
3. Los centros de salud que atiendan directamente residencias (medianas aisladas y pequeñas) verán modificada la valoración de sus cargas de trabajo en función del número de plazas asistidas. A su vez esas residencias deben dejar de percibir la parte de subvención correspondiente por asistencia sanitaria de cada plaza que deberá incorporarse al presupuesto de la dirección de Atención Primaria de Salud.
4. Las residencias con personal propio (bien de una empresa privada o fundación, bien del sistema público), deberán tener el mismo tipo de funcionamiento que las demás a efectos de programa de atención, protocolos, fármacos, etc.
5. Se deducirá de las subvenciones a las residencias la parte correspondiente a financiar el material sanitario y los medicamentos, cantidad que será incluida en los presupuestos de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud.
6. Se asignará código CIES a todos los médicos de las residencias y se les asignará las tarjetas sanitarias de los residentes que a su vez se retiraran de los cupos médicos de la zona básica.

7. Cualquier nueva residencia deberá ser categorizada por el Departamento de Salud, que se reserva también la autoridad para realizar cambios en la categorización de las existentes, al efecto de plantear su plantilla sanitaria.

## 6. PROGRAMA DE GESTION DE ALTAS HOSPITALARIAS

### 6.1. Situación actual

En el ámbito hospitalario una vez superada la fase aguda de enfermedad, **los problemas sanitarios ceden paso a los problemas sociales**, muchas veces como consecuencia de la propia enfermedad, debiéndose dar una respuesta ágil y adecuada a la demanda de continuidad de los cuidados sanitarios y a la problemática social generada, tanto si el paciente regresa a su domicilio habitual como si es reubicado en un recurso comunitario.

La dificultad en la resolución de dichas situaciones de conflicto socio-sanitario prolongan las estancias hospitalarias, habiéndose demostrado en diversos estudios que de un 9 a un 15% de las camas hospitalarias están ocupadas por personas tributarios de cuidados no hospitalarios, lo que genera complicaciones y eleva los costes.

Las **Unidades de Trabajo Social**, insertas en los Servicios de Atención al Paciente, ubicadas en los hospitales de referencia ejercen, con gran dificultad, la gestión de casos de altas conflictivas, evaluando la problemática de forma individualizada y utilizando procedimientos de actuación que ofrezcan una respuesta integral y continuada de cuidados pero, dichas unidades, refieren la existencia de **dificultades de abordaje y de respuesta a las demandas** debido a los siguientes motivos:

- a) **Disociación entre los niveles asistenciales dentro de un mismo sistema y la asistencia sanitaria y social** en la que el concepto de asistencia integral sigue siendo un concepto teórico, persistiendo un modelo de atención curativo que plantea altas hospitalarias sin considerar y haber planificado los problemas sociales generados por la pérdida de autonomía generada por la hospitalización.
- b) **Ausencia de criterios de definición** de los centros y servicios existentes
- c) **Insuficiente oferta de recursos alternativos** o demora importante en la consecución de estos (SAD, camas de convalecencia, unidades de paliativos, centros de día etc..)

- d) **Ausencia de equipos multidisciplinares** de evaluación y gestión de altas hospitalarias que dispongan de autonomía para ofrecer respuestas ágiles a las situaciones generadas en el hospital.
- e) **Falta de coordinación entre recursos sanitarios y sociales** para el intercambio de información, elaboración de proyectos conjuntos, elección de objetivos estratégicos y metodología unificada de trabajo. Los servicios sanitarios y sociales tienen muy bien definida su parcela correspondiente y ninguno de los dos asume el vacío existente entre el hospital y el domicilio, es decir, la atención primaria y la atención especializada, limitándose a colaboraciones puntuales.
- f) **Insuficientes recursos humanos y técnicos en las propias unidades de Trabajo Social**

Todas estas deficiencias originan la necesidad de desarrollar **una política de intervención de altas hospitalarias, dentro del Plan de atención sociosanitaria**, que garantice una continuidad en los cuidados de las personas, cada vez más numerosas, que presentan problemática sanitaria y social generada en el propio ingreso hospitalario.

La intervención debe centrarse, en líneas generales, en coordinar de forma eficaz el engranaje de recursos y servicios sanitarios y sociales, ofertar recursos específicos y utilizar sistemas de acceso ágiles.

## 6.2. Acciones.

### 1. Ordenación de recursos y servicios

- Ordenación de la estancia media en el ámbito del sistema sanitario, estableciendo criterios sobre tipos de recursos y servicios
- Definición y delimitación de las funciones y competencias de los centros y servicios incorporados al espacio sociosanitario
- Elaboración de indicadores de calidad

- 2. **Valorar la implantación progresiva de unidades de refuerzo** que den respuesta a las distintos tipos de demandas y que garanticen la utilización del recurso adecuado. (Media estancia de carácter sub-agudo, de convalecencia, unidades de cuidados paliativos, hospital de día, Larga estancia)

3. **Constitución de equipos multidisciplinares de gestión de altas hospitalarias** con las siguientes características:
  - Metodología de trabajo interdisciplinar (medico, enfermera, Trabajadora social)
  - Utilización de instrumentos de valoración consensuados
  - Criterios de designación de recursos y servicios que garanticen la continuidad de los cuidados
  - Protocolos de actuación
4. **Desarrollo de circuitos de derivación** sistematizados en los que estén implicados todos los niveles asistenciales que puedan facilitar un continuo asistencial, evitando trabajar mediante colaboraciones puntuales basadas en la buena voluntad de los profesionales.
5. **Designación de personal de referencia** tratando de identificar a los figuras responsables de la continuidad de los cuidados del paciente, dentro y fuera del hospital y especialmente con los responsables de las unidades de refuerzo y la atención primaria.

### **6.3. PROTOCOLOS DE ACTUACION: Plan de servicios individualizado**

- 1 – Detección de personas hospitalizadas en situación de riesgo sociosanitario
- 2 – Valoración multidimensional e interdisciplinar
- 3 – Designación de recursos
- 4 - Planificación del alta
- 5 – Información sociosanitaria del paciente. Información de altas desde atención especializada a atención primaria de forma que se pueda garantizar la continuidad de los cuidados hospitalarios
- 6 - Informe de cuidados de enfermería al alta añadido a la anterior, puesto que estos profesionales son los auténticos protagonistas y garantes de la continuidad de la aplicación de los cuidados a domicilio.

## 7. Programa De Atención Sociosanitaria A Personas Con Enfermedad Mental

### 7.1. Objetivos específicos

Es objetivo primordial del Plan de Atención Sociosanitaria en el ámbito de las personas con enfermedad mental, la puesta en marcha a corto y/o medio plazo de recursos que palien los déficits de atención que viene sufriendo este colectivo.

1. Dotar a este colectivo de un número de plazas de carácter residencial en distintas modalidades, que satisfaga las necesidades detectadas.
2. Reordenar la prestación de servicios en el área ocupacional.
3. Incrementar el número de recursos en el área ocupacional
4. Mantener el apoyo a la realización de actividades de ocio y tiempo libre, e incrementar el número de personas que se benefician, ampliando las mismas a otras zonas de Navarra.
5. Definir la atención domiciliaria a personas con enfermedad mental, elaboración y puesta en marcha de un proyecto para llevar a cabo en Pamplona y otras zonas de Navarra.
6. Facilitar el ejercicio de acción tutelar a las personas que lo necesiten.

### 7.2. Acciones:

#### 1. Area residencial

1. Realización y ejecución de conciertos con entidades sin ánimo de lucro para el desarrollo de atención residencial

- Residencias asistidas: 42 plazas
- Pisos Tutelados: 16 plazas

2. Ampliación de la cobertura residencial a través del incremento de plazas concertadas con entidades sin ánimo de lucro

- Residencias asistidas: 48 plazas

Tener en cuenta la posibilidad de que parte de este número de plazas se pueda ubicar en la zona de la Ribera de Navarra

3. Nueva Residencia Asistida en el espacio que actualmente ocupa la Unidad de Rehabilitación

1 Residencia asistida de 30 plazas

4. Replanteamiento de los Hogares Protegidos y Pisos Protegidos financiados por INBS y SNS y gestionados desde la Subdirección de Salud Mental

Reubicación de la población: derivación recursos tercera edad.  
Oferta de las plazas libres para ser cubiertas por demanda de la comunidad y de las personas atendidas en centros de fuera de Navarra

5. Iniciar un proceso de retorno de las personas ingresadas en centros ubicados fuera de Navarra

## **2 Area laboral/ocupacional**

- 1- Redefinición de la actual estructura de la entidad que gestiona los Centros Ocupacionales
- 2- Desarrollo de la figura de "Concierto" entre la Administración y la entidad gestora de los Centros Ocupacionales
- 3- Desarrollar con entidades gestoras de Centros Ocupacionales implantados en Navarra y distribuidos geográficamente, la puesta en marcha de Unidades de Atención y participación para personas con enfermedad mental.
- 4- Incremento de 30 plazas ocupacionales concertadas con la entidad gestora de los Centros Ocupacionales.
- 5- Delimitación y concreción del apoyo de la Red de Salud Mental a los recursos Ocupacionales.

## **3 Area De Ocio Y Tiempo Libre**

- Proveer a Organizaciones No Gubernamentales de los recursos necesarios para el mantenimiento de las actividades relativas a ocio y tiempo libre y vacaciones.

## **4 Area Jurídico/Legal**

Creación de una Institución Tutelar a través de dos posibles vías:

- Negociar con la Fundación Tutelar de Navarra la puesta en marcha de una Unidad de Atención a personas con enfermedad mental.
- Desarrollo de la función tutelar a través de asociaciones de personas usuarias y familiares.

## **5 Area de Auto-Ayuda y Asociacionismo**

- Apoyo a la actuación de asociaciones de personas usuarias y familiares como grupo de autoayuda y tareas de difusión, sensibilización, etc.

## **6 Area De Atención Domiciliaria**

Esta área tiene dos vertientes:

- a) La que hace referencia al apoyo a las personas cuidadoras se integra en el programa específico del presente Plan.
- b) La que hace referencia a las actividades socio-rehabilitadoras y de apoyo personal a la persona con enfermedad mental. En este ámbito se plantea:
  - 1- Definición del contenido de esta actividad
  - 2- Definición del perfil profesional que debe desarrollar esta tarea
  - 3- Definición de la estructura en la que debe integrarse esta figura profesional: Red de Salud Mental, Red de Servicios Sociales.
  - 4- Puesta en marcha de un proyecto de atención domiciliaria que dé cobertura a distintas zonas geográficas. Descentralizado.

## **7.3. Recursos Actuales. Propuestas**

### **AREA RESIDENCIAL**

1. Para el año 2000 se concertaran con entidades 30 plazas residenciales en Elizondo, y 12 plazas residenciales en Pamplona
2. Para el año 2001 se propone la concertación con entidades sin ánimo de lucro de 48 plazas residenciales (30 en Pamplona y 18 en Elizondo)
3. Para el año 2001 se crearán 30 plazas residenciales nuevas en Pamplona en el espacio de la actual Unidad de Rehabilitación
4. Para el año 2000 se pondrán en marcha 8 plazas en pisos tutelados (4 en Pamplona y 4 en Elizondo)
5. Para el año 2001 se pondrán en marcha 8 plazas en pisos tutelados (4 en

Pamplona y 4 en Elizondo)

6. Para el año 2001 se iniciará la reordenación de 60 plazas de los Hogares y Pisos Protegidos gestionados desde la Subdirección de Salud Mental.

#### **AREA LABORAL OCUPACIONAL**

1. Para el año 2001 los dos centros existentes, el Centro Aranzadi con 35 plazas y el Centro Talluntxe con 40 plazas, se gestionarán a través de concierto
2. En el año 2000 se crearán 30 plazas en Pamplona, y dos unidades en Elizondo y Tudela con 10 plazas cada una.

#### **AREA OCIO Y TIEMPO LIBRE**

1. Se atenderá a 100 personas en Pamplona y a 25 personas en Tudela a través de una asociación de personas usuarias y familiares.
2. Mantener e incrementar el Programa Vacaciones que se viene desarrollando

#### **AREA JURIDICO-LEGAL**

1. En el año 2001 se creará una institución tutelar

#### **AREA DE AUTOAYUDA Y ASOCIACIONISMO**

1. Se dará apoyo económico en forma de subvención para el desarrollo de actividades propias de esta función a una asociación de familiares y usuarios-as

#### **AREA DE ATENCIÓN A DOMICILIO**

1. Se mantendrá el proyecto de atención a domicilio para el área de Pamplona y Comarca
2. Para el año 2001 se implantará la atención a domicilio en las zonas de Tudela, Estella, Tafalla, Alsasua, Elizondo, Sangüesa.

## 8. PROGRAMA DE APOYO A LAS PERSONAS CUIDADORAS

En el modelo de atención sociosanitaria esta incluida la familia cuidadora, como pieza estratégica de la red asistencial debiendo contar no solo con un reconocimiento social sino también con el apoyo de las instituciones públicas, mediante políticas integrales de protección y apoyo articuladas con el resto de dispositivos sociosanitarios, que hacen de nexo entre la red curativa y la red familiar y social, estableciéndose un reparto más equitativo de la carga de cuidados de las personas dependientes

Las personas cuidadoras deben ser parte esencial de la política de atención a las personas en situación de dependencia en el entorno familiar. El apoyo informal de las personas cuidadoras junto al apoyo formal de los servicios sanitarios y sociales comunitarios constituyen entidades claramente diferenciadas, desde el punto de vista político, debiendo considerarse complementarias procurando una eficaz coordinación entre ambas dentro de la red de atención sociosanitaria.

La familia cuidadora adopta, en muchas ocasiones, una responsabilidad sobredimensionada cuando el grado de dependencia de la persona a la que cuidan es severo, pudiendo llegar a desbordar su capacidad de seguir ejerciendo esta labor. El apoyo a la persona cuidadora y una adecuada coordinación entre servicios formales e informales pretende evitar una situación de sobrecarga física y psíquica de la persona cuidadora que conduce la mayoría de veces a la institucionalización de la persona con dependencia.

### 8.1. Objetivos:

1. Establecer políticas prioritarias de intervención de asistencia y apoyo a las familias cuidadoras, como parte integrante del plan de atención sociosanitaria.
2. Potenciar los programas de ayuda a las personas cuidadoras que garanticen **información, formación, asesoramiento, servicios de respiro, apoyos técnicos y ayudas económicas**, que faciliten la continuidad de su labor y en consecuencia la permanencia de la persona dependiente en su entorno habitual, siendo este el más deseado, el más beneficioso y el que retrasa o impide la institucionalización.

## 8.2. Acciones

1. **Información y asesoramiento** sobre los recursos comunitarios sociales y sanitarios así como de los apoyos técnicos disponibles y ayudas económicas que pueden facilitar la labor de la persona cuidadora y dotarla de autonomía para seguir realizando una vida lo mas normalizada posible.

2. **Formación:** sobre las características, pronostico y evolución de la enfermedad que presenta el familiar en situación de dependencia evitando conceptos erróneos, por desconocimiento, que generan gran ansiedad. Asimismo, la formación sobre un adecuado manejo de la situación, mediante el aprendizaje de habilidades en el cuidado, puede evitar la sobrecarga física y emocional de la persona cuidadora. La función de información y formación corresponde a los profesionales del núcleo de atención socio-sanitaria de Atención Primaria pudiendo realizarse a través de grupos de trabajo, servicios telefónicos de asesoramiento a cuidadores, medios audiovisuales, impresos, etc.

3. **Servicios de respiro.** Son servicios residenciales temporales de corta estancia, integrados en centros residenciales, de carácter flexible en términos de disponibilidad y ocupación con posibilidad de planificación, reserva de plaza, etc., dirigidos a personas con dependencia en casos puntuales en los que la persona cuidadora principal requiera un periodo de respiro por distintos motivos: sobrecarga física y/o psíquica, vacaciones, enfermedad o ingreso de la persona cuidadora, etc. Los servicios de respiro aportan calidad de vida a las personas cuidadoras evitando situaciones de sobrecarga y muchas veces incapacidad de seguir asumiendo el rol de persona cuidadora lo que conduce, inevitablemente, a la institucionalización del anciano.

4. **Apoyo psicológico.** Intervenciones de apoyo psicosocial para las personas cuidadoras mediante la creación de grupos de apoyo y asociaciones de familiares que faciliten información, formación, apoyo emocional, terapia psicológica y estrategias de conducta en las situaciones cotidianas de las personas cuidadoras, toma de decisiones, fomento de la autoestima, etc. que eviten situaciones de sobrecarga y sirvan de ayuda para seguir realizando la labor de cuidado

5. **Ayudas económicas.** Introducir una serie de medidas concretas, dirigidas a las personas cuidadoras que deben compatibilizar su actividad laboral con el cuidado de la persona dependiente, ofreciéndoles la posibilidad de elegir entre la opción de conservar el empleo, reduciendo la jornada laboral o interrumpirlo y si es así garantizar compensaciones económicas directas o indirectas cuando la actividad laboral se reduce o se abandona, a consecuencia de la situación del cuidado como es subsidio de paro, cobertura de enfermedad y jubilación. Asimismo, exenciones o ventajas fiscales por los gastos derivados del mantenimiento del paciente en la familia para las personas de rentas más bajas

Ayudas económicas para adaptación de la vivienda, cobertura de gastos derivados de la pérdida de autonomía, compra o alquiler de recursos técnicos como sillas de ruedas, andadores etc.

## 9. COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA.

La implantación y desarrollo del Plan Foral de Atención Socio-sanitaria exige un importante esfuerzo de coordinación. La relevancia de las estrategias de coordinación deriva del objetivo explícito de atender nuevas necesidades; de la necesidad de impulsar la corresponsabilidad y cooperación entre los Servicios Sanitarios y Sociales en sus distintos niveles de atención; de la participación de distintas administraciones y entidades en el desarrollo del Plan; y, finalmente, de la necesaria colaboración entre las administraciones públicas, la iniciativa social, las organizaciones no gubernamentales y el voluntariado.

Los Sistemas Sanitarios y de Servicios Sociales se han desarrollado históricamente en paralelo, de acuerdo con sus regulaciones específicas; las escasas experiencias de coordinación, limitadas en el tiempo y en los recursos, no han conseguido superar el funcionamiento en paralelo de ambos sistemas. Por otra parte, las características específicas de la atención socio-sanitaria (habitualmente casos de elevada complejidad) y la necesidad de utilizar de forma eficiente los recursos existentes y los de nueva creación, justifican la creación de distintos dispositivos de coordinación, tanto en el ámbito de la dirección y planificación como en el de la atención directa a los usuarios-as.

A tal efecto, se establecen los siguientes instrumentos de coordinación:

- 1.- Comisión Técnica y de seguimiento del Plan.
- 2.- Coordinador-a de Atención Socio-sanitaria de Navarra.
- 3.- Núcleo de coordinación de la Atención Socio-sanitaria de salud mental – coincidirán la sectorización de salud mental con la de bienestar social -.
- 4.- Núcleo de coordinación de la Atención Socio-sanitaria de Zona Básica.

### 9.1. Comisión Técnica y de Seguimiento del Plan.

Se constituye en el máximo órgano de coordinación, así como ejecutivo.

Su creación, composición, organización y funcionamiento se llevará a cabo a través del correspondiente Decreto Foral.

En todo caso es oportuno orientar su composición en orden a que en él exista una representación de:

- Dirección General del Departamento de Salud.
- Dirección General de Bienestar Social.
- Dirección General de Educación.
- Organismo Autónomo Servicio Navarro de Salud.
- Organismo Autónomo Instituto Navarro de Bienestar Social.
- Representación de Corporaciones Locales.
- Representación de entidades y asociaciones.

La Presidencia y Vicepresidencia de la Comisión corresponderán de forma rotatoria y por períodos anuales a los Consejeros de Bienestar Social y de Salud. La Secretaría de la Comisión recaerá en el-la Coordinador-a de Atención Socio-sanitaria con el fin de coordinar al máximo las funciones de este órgano con las de gestión del Plan y con el papel del resto de instrumentos de coordinación.

Entre las funciones de la Comisión Técnica y de Seguimiento del Plan se destacan:

- a) Someter a la aprobación del Gobierno de Navarra el Plan Foral de Atención Socio-sanitaria, sus programas, los planes anuales de actuación, así como cuantas modificaciones se efectúen en los mismos.
- b) Promover cuantas acciones preventivas, asistenciales y de intervención sean necesarias para el desarrollo y ejecución del Plan.
- c) Asegurar la máxima coordinación entre las distintas Administraciones Públicas en cuanto a planificación, ejecución y seguimiento en el ámbito de programas de atención socio-sanitaria.
- d) Elaborar y aprobar la propuesta anual de actuaciones en el marco del Plan y en su caso, someter lo que proceda a la aprobación del Gobierno de Navarra.
- e) Realizar el seguimiento y evaluación del desarrollo y ejecución de las medidas y actividades contenidas en el plan anual.
- f) Aprobar la memoria anual de actividades.
- g) Proponer y diseñar programas de formación, investigación y promoción que se estimen convenientes para el adecuado desarrollo del Plan.
- h) Supervisar el sistema de información y de registro del Plan.

## **9.2. Coordinador-a de Atención Socio-sanitaria de Navarra.**

Se constituye en el instrumento esencial para impulsar el desarrollo del Plan.

Las funciones así como el rango orgánico y funcional del coordinador-a serán establecidas a través del correspondiente Decreto Foral. No obstante, teniendo en cuenta las funciones que deberá ejercer se considera necesario que tenga el rango de jefe de servicio.

Dependerá orgánicamente de la Dirección General del Departamento de Salud, manteniendo así mismo una dependencia funcional de la Dirección General de Bienestar Social.

Ejercerá como mínimo las siguientes funciones:

- 1) Ostentar la responsabilidad técnica del Plan y desarrollar cuantas funciones y/o acciones le sean encomendadas por la Comisión Técnica y de Seguimiento así como por las Direcciones Generales de Bienestar Social y de Salud.
- 2) Participar como secretario-a en las sesiones de la Comisión Técnica y de Seguimiento del Plan.
- 3) Presidir las reuniones de los núcleos de coordinación de la Atención Socio-sanitaria del Sector de Salud Mental.
- 4) Impulsar y coordinar el funcionamiento de los núcleos de Coordinación de Atención Socio-sanitaria de Zona Básica.
- 5) Asegurar la continuidad de cuidados en las altas hospitalarias
- 6) Asegurar el correcto y eficaz funcionamiento de la Comisión Técnica y de las subcomisiones y grupos de trabajo que, en su caso, puedan establecerse.
- 7) Realizar y supervisar cuantas actuaciones resulten precisas para garantizar el adecuado desarrollo y ejecución del Plan.
- 8) Proporcionar a las distintas Administraciones Públicas la información y asesoramiento técnico precisos para el desarrollo del Plan y mantener cuantos cauces de coordinación y colaboración resulten necesarios para dicha finalidad.
- 9) Participar en la coordinación con otros programas que desde la Administración se lleven a cabo y que por sus características puedan favorecer el desarrollo del propio Plan.
- 10) Propiciar instrumentos de gestión de casos y su correspondiente evaluación.

### **9.3. Núcleo de coordinación de la Atención Socio-sanitaria de Salud Mental.**

Su ámbito de trabajo será el del Sector de Salud Mental. Se constituirá una Comisión en cada sector de Salud Mental. Su composición, organización y funcionamiento se determinará por Decreto Foral.

Será presidida por el-la Coordinador-a de Atención Socio-sanitaria de Navarra y en ella participarán profesionales de los distintos centros y servicios integrados en el Plan y presentes en el sector de Salud Mental.

Entre sus funciones cabe destacar:

1. Elaboración del catálogo de recursos del Area.
2. Identificación de las necesidades del Area.
3. Gestión de casos que excedan el ámbito de trabajo de los Núcleos de Coordinación de Atención Socio-sanitaria de Zona Básica. Determinación de los procedimientos de utilización de los recursos.
4. Proponer a la Comisión Técnica y de Seguimiento del Plan cuantas modificaciones del Plan sean precisas en orden a ordenar la oferta de servicios a la demanda de los mismos en el ámbito del sector de Salud Mental.

### **9.4. Núcleo de Coordinación de la Atención Socio-sanitaria de Zona Básica.**

Su ámbito de trabajo será el de la Zona Básica de Salud. Se constituirá un equipo en cada Zona Básica. Su composición, organización y funcionamiento se determinará por Decreto Foral. Como tal equipo su **papel es exclusivamente el de gestión de casos** y por ello en su composición se contemplará un diseño muy operativo hasta el punto de que estará formada por profesionales del Equipo de Atención Primaria de Salud, y un-a trabajador-a social gestor-a de casos perteneciente al Servicio Social de Base.

Las funciones del equipo serán las de realizar las valoraciones de los casos susceptibles de atención socio-sanitaria que, previamente hayan sido captadas por los servicios sanitarios y/o sociales bien de oficio o bien a demanda. La valoración del caso se realizará por los integrantes del equipo de zona bien por sí mismos o bien recabando el dictamen de los profesionales que atiendan habitualmente al usuario-a.

La valoración de los casos supondrá un análisis del nivel de autovalimiento y dependencia, de la situación personal, social, familiar, así como de las preferencias de la persona usuaria y de sus personas cuidadoras, así como de los medios económicos de que dispone.

Deberán de trabajar conjuntamente con las unidades de gestión de altas hospitalarias para colaborar en la asunción de las tareas que corresponden a cada sistema de atención para agilizar las altas.

Realizada la valoración del caso, diseñará un plan individualizado de servicios dictaminando los recursos que para cada caso se precisen. Por lo tanto el Núcleo de Coordinación de Atención Socio-sanitaria de Zona Básica resolverá in situ la respuesta que en cada caso se precise. En aquellos casos en que la respuesta de atención individualizada afecta a servicios de Sector de Salud Mental, elevará propuesta de atención a Núcleo de coordinación de Salud Mental. Así mismo, en aquellos casos en que el Plan de Atención requiera la utilización de recursos o servicios no disponibles en la Zona Básica se requerirá la conformidad del responsable administrativo de la utilización de esos recursos o servicios no descentralizados.

De igual modo, corresponderá al núcleo de Coordinación de la Atención Socio-sanitaria de Zona Básica la evaluación y revisión continuada de los planes individualizados de atención con el fin de adecuar la respuesta que se esté dando a las necesidades cambiantes que puedan derivarse de la evolución de cada caso.

Como ya se ha señalado la implantación del Plan Foral de Atención socio-sanitaria exige un esfuerzo de coordinación que en el ámbito de la de atención directa al usuario-a se plasma en la creación del núcleo de atención socio-sanitaria de zona básica. Con la implantación de estos equipos el contenido de trabajo de las trabajadoras sociales de los centros de salud disminuye considerablemente, puesto que la valoración y la intervención social la realizarán las trabajadoras sociales de los servicios sociales de base.

Este Plan Foral exige además de una buena coordinación, la utilización de los recursos humanos de la forma más eficiente posible en relación con los objetivos planteados, lo cual

justifica que los trabajadores sociales de los centros de salud realicen desconcentradamente algunas de las funciones del Instituto Navarro de Bienestar Social que sigan las mismas líneas de actuación que el resto de los profesionales del sistema servicios sociales y puedan realizar, entre otros, el trabajo de atención socio-sanitaria desde el ámbito de lo social.

Esta desconcentración de la gestión se produciría en un momento en que además del Plan de atención socio-sanitaria, se está elaborando el Plan de reordenación de la Atención Primaria de servicios sociales que va a suponer nuevos métodos de trabajo.

## 10 LOS PROFESIONALES DE LA ATENCION SOCIO SANITARIA

### 10.1. Multidisciplinariedad como metodología de trabajo

Una de las condiciones de la consolidación de un plan de atención socio sanitaria depende de la actuación de equipos interdisciplinarios de trabajo, compuestos por profesionales del ámbito sanitario y social ya que, rompiendo los rígidos compartimentos estancos existentes en ambos sistemas. Se impone inevitablemente la relación interprofesional y la creación de una cultura común que de respuestas integrales a las necesidades sanitarias y sociales de las personas que lo requieran.

Ello no supone alterar la autonomía institucional de los sistemas sanitario y social, ni sus pautas de trabajo, ni la identidad de sus profesionales sino favorecer un acercamiento entre los mismos donde la comunicación, el intercambio y el aprendizaje generen un lenguaje y enfoque común para la elaboración conjunta de protocolos de actuación que den una mayor eficacia y agilidad al proceso continuado de atención integral.

### 10.2. Formación

Para desarrollar un método de trabajo multidisciplinar es necesario que la formación, relacionada con temas socio sanitarios, sea común a los dos colectivos de profesionales sociales y sanitarios implicados, es decir una formación de carácter multidisciplinar, incorporada al plan docente del Departamento de Salud y de Bienestar Social así como la celebración de cursos, jornadas y encuentros profesionales para equipos multidisciplinarios consolidados.

Se formará, por tanto, a todos los colectivos de profesionales del sistema implicados en la gestión de casos.

Además, la formación no se centrará exclusivamente en los profesionales, pues es necesario contar con formadores de la población en general y concretamente de las personas cuidadoras. Por lo tanto, habrá que promover desde la administración sanitaria campañas de mentalización y sensibilización e información sobre temas socio sanitarios; y habrá que colaborar

con las asociaciones cuyo trabajo se centre en la discapacidad y la enfermedad en el desarrollo de actividades concretas.

### **10.3. Investigación**

Fomentar la investigación sociosanitaria mediante:

- Promoción de convocatorias de investigación de temas sociosanitarios, desde los Departamentos de Bienestar Social y Salud, como líneas prioritarias dentro del plan de investigación.
- Proyectos de investigación interdepartamentales.
- Establecer convenios de colaboración con Universidades, instituciones e instituciones homologas, a fin de realizar estudios en el ámbito de asistencia sociosanitaria.
- Divulgación de estudios de interés sociosanitario, a través de las página web de los Departamentos de Salud y Bienestar Social, que faciliten la interrelacion entre equipos e instituciones homologas.

## 11. Sistemas de Información de Atención Sociosanitaria

Como en todo sector en evolución en la atención sociosanitaria se plantea la necesidad de disponer de un sistema de información que recoja datos sanitarios, valoración de la capacidad funcional y situación social para definir exactamente las necesidades del usuario-a para realizar una correcta intervención que responda a las necesidades del usuario-a, buscando al máximo y con precisión planificación de servicios

### A. Personas

Un sistema de información tiene que tener como objetivo el contribuir al desarrollo del propio sistema de atención socio sanitaria creando un imprescindible puente entre el mundo social y el sanitario, mejorando la valoración y los planes de cuidados de los residentes personas y permitiendo compensar las utilidades asistenciales con las necesidades de información de la gestión y de la administración en los niveles asistenciales.

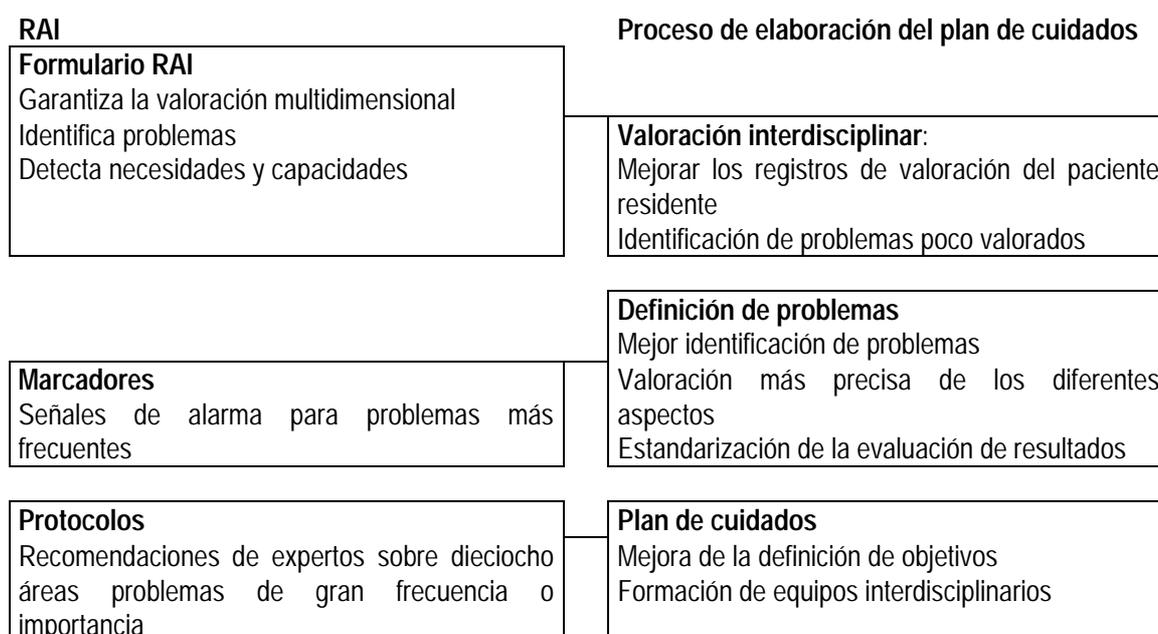
Se propone la utilización de dos instrumentos integrados uno de valoración el RAI (Resident Assessment Interview - Entrevista de Evaluación de Residentes) y otro de clasificación el RUG (conjunto mínimo básico de datos socios sanitarios como el utilizado en Galicia). Es necesario señalar que ya se utiliza también en el Programa "vida a los años" de Cataluña, y que está siendo respaldado por el Grupo de Expertos en Atención Socio-sanitaria, organismo asesor del Consejo Interterritorial y de la Comisión de Bienestar Social.

El RAI (Resident Assessment Instrument – Instrumento de evaluación de residentes) es un instrumento enfocado a la mejora del proceso de elaboración del plan de cuidados estableciendo áreas a evaluar de una forma estandarizada, mediante un conjunto mínimo de datos (CMD), identificando los marcadores que determinan la necesidad de aplicar una orientación especial en el plan de cuidados sobre los dieciocho problemas considerados de mayor importancia en este

tipo de personas y desarrollando en forma de recomendaciones<sup>1</sup> el abordaje a realizar frente a cada uno de los dieciocho problemas. El conjunto de indicadores a que da lugar es una herramienta fundamental en la mejora de calidad de los centros.

En conjunto, el RAI constituye un instrumento de evaluación del residente y para la integración multidimensional de las valoraciones de áreas diferentes que mejora directamente la valoración sistematizada del residente el proceso de elaboración de planes de cuidados individualizados y los registros. Tiene un enorme potencial para influir en la práctica y las políticas asistenciales y como valor añadido, el fomento del trabajo interdisciplinar, la formación de profesionales, la mejora de seguimiento de las personas residentes y de la evaluación de la calidad asistencial.

**Figura 1: Procesos de mejora asistencial con el RAI**



En Galicia optaron por utilizar este instrumento en las residencias en su versión reducida (20%). Los datos que se incorporan a este conjunto mínimo básico de datos son los actos administrativos de las personas residentes en la identificación del centro, la identificación del período fecha de comienzo y fecha de finalización todos ellos se extraen de manera automática del programa de gestión.

<sup>1</sup> Resident Assessment Protocols / RAP

Tiene integrado un sistema de clasificación de personas denominado RUG-III<sup>2</sup> orientado a la gestión y a la financiación de estos centros, y pretende centrarse en la valoración de los diferentes componentes de la complejidad asistencial en este sector.

Este sistema de clasificación permite:

- Contemplar los diferentes niveles de dependencia como generadores de cargas de trabajo de enfermería
- La dependencia se contempla en siete categorías de complejidad asistencial que introduce en varios equipos de atención
- Se construye combinando variables de estado de paciente con las de servicios realizados para su atención. Por lo tanto priman las actitudes activas y rehabilitadoras de los centros.

Cada registro se agrupa en la primera categoría donde cumple las condiciones de clasificación de un mismo residente y selecciona el grupo con mayor índice de complejidad. Las categorías son las siguientes:

- Rehabilitación especial
- Tratamientos extensivos
- Cuidados especiales
- Complejidad clínica
- Deterioro cognitivo
- Problemas de comportamiento
- Dependencia física

Dentro de cada una de estas categorías se calculan el índice de actividades de la vida diaria AVD en función que los distintos rumores elementos de valoración este índice puede terminar el RUG de cada uno de los personas.

3

---

<sup>2</sup> Resource Utilisation Groups

<sup>3</sup> Resource Utilisation Groups

Es importante señalar que este instrumento que originalmente se diseñó para personas ingresados en residencias ha generado tal impacto que ya se han desarrollado otros instrumentos de valoración equivalentes aplicables a otros ámbitos como es el caso de la atención domiciliaria, cuidados agudos y salud mental.

## **B Servicios**

Desarrollo de un sistema de autorización y acreditación.

Tiempos de espera en los diferentes dispositivos

Fluidez de la coordinación: altas hospitalarias con necesidad de coordinación con otros servicios, correctamente resueltas.

Existencia de las carteras servicios de atención primaria tanto salud como de servicios sociales

Existencia de impreso único de recogida de información para el acceso a las prestaciones.

En el caso de programas de enfermos mentales el objetivo fundamental sería evaluar si existen o no los recursos que se han propuesto en el plan en todos los niveles asistenciales: residenciales, atención domiciliaria, ocio y tiempo libre, etcétera. Se desarrollará una propuesta consensuada entre la Subdirección de Salud Mental y la sección de minusvalías para verificar la correcta atención a las necesidades sociales de los enfermos psiquiátricos.

Además habría contemplar si se han desarrollado todos los diferentes niveles de coordinación propuestos, sobre todo los núcleos básicos de primaria, su coordinación con las unidades de gestión de altas hospitalarias y la capacidad de dirección del coordinador de atención socio sanitaria de Navarra.

## 12. NORMATIVA:

1. Elaboración de una norma que ampare el Plan Foral de Atención Sociosanitaria. Se tratará de un Decreto Foral promovido conjuntamente por los Departamento de Salud y Bienestar Social, Deporte y Juventud, que contemplará la aprobación y establecimiento del Plan; las fórmulas de financiación, y el cronograma de actuaciones.
2. Revisar los desarrollos reglamentarios de la Ley Foral de Salud y de la Ley Foral de Servicios Sociales en cuanto pueda resultar afectado por el desarrollo del Plan.
3. Desarrollo reglamentario específico de los aspectos que sean necesarios en el plan.
4. Normativa actual en Navarra (Departamentos de Salud y Bienestar Social, Deporte y Juventud).

Decreto Foral 168/1990	28/06/90	Por el que se regulan las prestaciones y ayudas individuales y familiares en materia de Servicios Sociales	EDUCACIÓN, CULTURA Y D.
Ley Foral 9/1990	13/11/90	Sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales	GOBIERNO DE NAVARRA
Decreto Foral 209/1991	23/5/1991?	sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales	BIENESTAR SOCIAL
Decreto Foral 94/1992	9/03/92	Por el que se regulan las subvenciones en materia de Servicios Sociales, Deporte y Juventud	BIENESTAR SOCIAL
Acuerdo de la Junta de Gobierno de INBS	18/06/97	Aprobando las tarifas y las normas de aplicación de las mismas por la prestación de servicios gestionados directa o indirectamente por este Organismo Autónomo	BIENESTAR SOCIAL
Decreto Foral 214/1997	1/09/97	Regulando las autorizaciones para la creación, modificación y funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios	SALUD
Orden Foral 56/1998	19/10/98	Estableciendo la cuantía máxima de ayudas a percibir para estancias concertadas en Centros de Discapacitados, ancianos y menores	BIENESTAR SOCIAL

Orden Foral 37/1999	12/02/99	Estableciendo los requisitos técnico-sanitarios mínimos para las autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios sin internamiento	SALUD
Ley Foral 13/1999	09/04/1999	Sobre el régimen de funcionamiento del Centro Psicogeriátrico "San Francisco Javier "	GOBIERNO DE NAVARRA
Orden Foral 204/1999	04/02/2000	se desarrolla el Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales, clasificándose los servicios de Residencia Asistida para Personas con Enfermedad Mental y los Pisos Funcionales y/o Tutelados para Personas con Enfermedad Mental	BIENESTAR SOCIAL
Orden Foral 5/2000	25/01/00	Designando vocales en la comisión de Redacción para la Elaboración del Plan Foral de Atención Sociosanitaria	SALUD

## **13. FINANCIACION**

Se establecerán en los Presupuestos Generales de Navarra de los ejercicios 2001, 2002, 2003, 2004 y 2005 las dotaciones necesarias para la ejecución del Plan una vez que este se haya aprobado definitivamente tras la ejecución y evaluación oportuna de la fase piloto del núcleo de coordinación de atención primaria.

El Plan tendrá que contemplar aportaciones correspondientes a diferentes Departamentos: Departamento de salud, y Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud.

Además hay que contemplar otras posibles vías de financiación como son: iniciativas de la obra social de las Cajas de Ahorros, Seguro de Dependencia, Medidas fiscales de apoyo a las familias cuidadoras de personas con dependencia, etc.

## 14. CRONOGRAMA

El Plan tendrá una vigencia correspondiente a los años 2001 a 2005 ambos inclusive.

En su desarrollo se contemplarán las siguientes fases:

1. Aprobación inicial del Plan por el Gobierno de Navarra	Junio 2000
2. Proceso de alegaciones al texto	Junio- Septiembre 2000
3. Aprobación definitiva del Plan por el Gobierno de Navarra	Octubre 2000
4. Desarrollo de la fase piloto del plan	Octubre 2000 a Junio 20001
5. Evaluación de la fase piloto y corrección del plan donde proceda	Julio - Octubre 2001
6. Acuerdo del Gobierno de Navarra aprobando el desarrollo del Plan en todo el territorio foral incorporando la previsión de financiación	Octubre 2001
7. Ejecución del plan	2001-2005

## 15. FASE PILOTO DEL PLAN FORAL

Con el fin de valorar la forma adecuada la plena aplicación del plan y de proceder a un correcto establecimiento del coste de ejecución de los diferentes componentes de este plan se considera imprescindible desarrollar una fase pilotada de este plan en zonas básicas de salud determinadas y que respondan a los siguientes criterios:

1. **Cronograma:**

- Redacción: Junio - Septiembre 2000
- Ejecución: Octubre 2000-Junio 2001
- Evaluación, desarrollo de propuesta de implantación en Navarra: Julio - Octubre 2001

2. **Criterios de selección de zonas piloto:**

- Territorio geográfico bien delimitado, con carteras de servicios bien desarrolladas, tal y como se contempla en los apartados 5.4 y 5.5 de este documento.
- Además han de contar con acceso a camas de estancia media y a plazas asistidas de carácter residencial.

3. **Creación de la estructura de coordinación sanitaria.**

- Creación de la Comisión Técnica y de Seguimiento del plan.
- Designación de la figura de coordinador-a de atención sociosanitaria de Navarra. En este ámbito se situara el diseño específico, seguimiento, y evaluación de las zonas pilotos. Para ello, contará con el apoyo de personal técnico de los Departamentos de Salud y Bienestar Social, Deporte y Juventud que se consideren necesarios. En esta tarea hay que contemplar el desarrollo de los protocolos necesarios, así como de los instrumentos de evaluación.
- Creación del núcleo de coordinación de atención primaria, así como del núcleo del sector de salud mental.

4. **Desarrollo en dicho ámbito territorial de las medidas que el plan contempla y en concreto:**

- Implantación el sistema coordinado de gestión de casos siguiendo el modelo establecido en el apartado 5.3 de este documento.

- Integración de la gestión de altas hospitalarias
- Formación y asesoramiento de los familiares y personas cuidadoras
- Formación en gestión de casos para todas aquellas personas que van a participar en los núcleos pilotos de coordinación: metodología de trabajo, instrumentos de evaluación, protocolos de actuación, descentralización de prestaciones.

Para una correcta evaluación del funcionamiento y resultados de la fase piloto en los núcleos de atención primaria se propone realizar el seguimiento de todos los casos en los que se presente conjunción de dependencia y enfermedad durante un periodo de tiempo lo suficientemente amplio como para poder encontrar un amplio abanico de situaciones. Ha de recogerse toda la información sobre cada uno de los casos para poder establecer la suficiencia o insuficiencia de recursos / prestaciones, la satisfacción de las diferentes necesidades de cada uno de los casos, el desarrollo de protocolos específicos, etc.

Se propone, además, un análisis detallado de los protocolos y procedimientos de las **altas hospitalarias** en la que se contemplen los siguientes aspectos:

- Descripción de las características de la unidad que gestiona el alta.
- Descripción de los procedimientos de alta: planificación del alta, criterios de derivación, comunicación con el/la paciente, y familiares, asesoramiento sobre los cuidados tras el alta, organización del transporte, valoración de la adecuación del domicilio, comunicación/relación con el nivel primario y/o especializado dentro del sistema sanitario y con servicios sociales.

La evaluación de la actividad desarrollada en las zonas piloto ha de ser realizada periódicamente, no esperando al final del periodo de ejecución. Esto implica una estrecha colaboración entre los núcleos de coordinación y la persona responsable de la coordinación de la atención sociosanitaria. La Comisión de Seguimiento ha de ser informada periódicamente de los problemas que vayan surgiendo y de las propuestas para su solución.

**Dentro del periodo de la fase piloto y previo a la aprobación definitiva del presente Plan se realizará un estudio detallado que contemple el desarrollo de las acciones del apartado 6.2.**

## 16. REFERENCIAS

Encuesta de salud de Navarra 2000.

[http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/encuesta\\_salud/marco\\_encuesta.htm](http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/encuesta_salud/marco_encuesta.htm)

Plan de salud Mental de Navarra. Pamplona 1986 (mimeo)

Plan de Atención Sociosanitaria. Junta de Castilla y León. 1998

Abaurrea, P, Astrain MV, Elgorriaga, G, Litago, R y Lora, B. (2000) Necesidades sociales de los enfermos esquizofrénicos en Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 3 (sup1)

Astrain MV, Jususe, L Celaya, T y Gaminde I. (1999) Consideraciones en torno a la atención socio-sanitaria en Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 22,3:365-381.

Calvo Lopez, L, Gomez Fernandez, JR. et al. (1999) Conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios. *Revista de Administración Sanitaria* 11:95-107.

Carrillo, E. y Illa, C. Objetivo 6: Vejez saludable. En Informe SESPAS 2000. La salud pública. Nuevos desafíos ante un nuevo siglo. (mimeo)

Contel, JC., Gené, J. y Peya, M. (1999) Atención Primaria. Organización y práctica. Barcelona: Springer Verlag.

Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K, Wall B. Supporting frail elderly people at home. Kent: PSSRU. 1989.

Challis D, Chessum R, Chesterman J, Lockett R, Traske K., Case management in social and health care. Kent: PSSRU. 1990.

Elola J. Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma. Barcelona: SG editores. 1994: 34-35

Glendinning, C. Rummery, K & Clarke, R. (1998) From collaboration to commissioning: developing relationships between primary health and social services. *BJM* 317:122-5.

Lluch Rodrigo, JA & Marín Gómez, M (1994) Modelos no convencionales de atención sociosanitaria. *Todo Hospital* 106: 27-29

Maravall, H. (1999) La coordinación sociosanitaria: necesaria y posible. *Revista de Administración Sanitaria* Volumen III. Número 11. Julio/septiembre 1999

Schoefield, J (1997) Working together: differing perspectives and persuasions amongst health and social care authorities. *Health Services Management Research* 10:163-172

Servei Catalá de la Salut. El modelo de atención sociosanitaria en Cataluña. 1996.

Taraborelli, P, Wood, F. et al. (1998) Hospital Discharge for frail elderly people: a literature review with practice studies. Scottish Office Central research Unit.