

# Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia 2013

Liñas estratéxicas para o desenvolvemento de accións  
asistenciais sociosanitarias





# **Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia**

#### Edita

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

#### Autores e coordinadores

M<sup>a</sup> Fernanda López Crecente  
José Manuel Fernández García  
Manuel Arrojo Romero

#### Colaboradores

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

Maquetación e deseño: Difux. S.L.

Dende a Consellería de Sanidade temos o reto de afrontar as consecuencias que o cambio demográfico da poboación galega ten na asistencia sanitaria. O incremento da esperanza de vida supón un incremento da cronicidade das patoloxías, coas súas repercusións na capacidade funcional das persoas e no ámbito familiar.

Para minimizar este impacto no contorno social das persoas debemos colaborar coa Consellería de Traballo e Benestar e avanzar xuntos. Deste xeito, poderemos acadar unha asistencia integral nos cuidados dos cidadáns con necesidades sociosanitarias, entendidas como necesidades de cuidados sanitarios e sociais simultáneos. Estes cuidados só se poden conseguir se facemos realidade o espazo sociosanitario, na procura dunha xestión eficiente e evitando o uso inadecuado e a duplicidade dos recursos e servizos.

Como recolleemos na Estratexia Sergas 2014: a sanidade pública ao servizo do paciente, se queremos avanzar na excelencia do novo sistema debemos deseñar unha atención sociosanitaria baseada nun modelo de atención integral, interdisciplinar e rehabilitador, no que poidamos derivar ao usuario ao dispositivo máis adecuado para a súa atención, con garantía dunha rápida derivación entre recursos en función dos cambios na súa situación, e con dispoñibilidade de servizos suficientemente diversificados e dotados.

Para a elaboración deste plan contamos con máis de corenta profesionais de ambas as dúas consellerías, que transmitiron a realidade do traballo diario coas persoas que poden presentar necesidades sociosanitarias con maior frecuencia: os maiores, os discapacitados por enfermidade física, mental ou por discapacidade intelectual, así como persoas en cuidados paliativos. En todas elas concorre un motivo médico que supón unha disfunción ou discapacidade que limita a súa autonomía funcional, e tamén a falta de apoio social.

Tendo en conta os anteditos criterios médico, funcional e social que definen cada un destes perfís de poboación, no documento que presentamos establécense tres liñas de actuación xerais, sete liñas de actuación específicas e vinteoito iniciativas que permitirán alcanzar o noso obxectivo xeral: proporcionar aos cidadáns galegos, de xeito coordinado, unha asistencia integral, efectiva e de calidade, adaptada ás persoas.

A colaboración entre as dúas consellerías permitiu identificar os perfís das persoas susceptibles da atención sociosanitaria en Galicia, necesario para que a resposta dende a Administración sexa axeitada para as necesidades da persoa, optimizando os recursos dispoñibles.

O Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia recolle as liñas estratéxicas de asistencia sanitaria nos vindeiros catro anos, o que permitirá planificar e organizar os recursos existentes e as posibles actuacións conxuntas cos servizos sociais.

É a nosa intención que este plan sexa un instrumento que facilite o bo facer diario dos profesionais que traballan coas persoas que simultaneamente poden presentar necesidades sanitarias e sociais.

Quero aproveitar a ocasión para amosar o meu agradecemento a todos aqueles que participaron e colaboraron na elaboración deste plan, pola súa dedicación, esforzo e xenerosidade que sen dúbida repercutirá na mellora da atención de pacientes e familiares.

**Rocío Mosquera Álvarez**  
Conselleira de Sanidade

<b>PRÓLOGO</b> .....	3
<b>INTRODUCCIÓN. CLAVES PARA ELABORAR O PLAN</b> .....	7
<b>OBJECTIVOS</b> .....	13
<b>METODOLOXÍA DE TRABALO</b> .....	17
3.1. <b>FASE 1:</b> Experiencias previas e grupos de traballo .....	20
3.1.1. Recompilación de información doutros plans e programas .....	20
3.1.2. Programa PASOS en Galicia .....	23
3.1.3. Grupos de traballo.....	23
3.2. <b>FASE 2:</b> Fundamentos estratéxicos.....	24
3.2.1. Análise DAFO .....	24
3.2.2. Características sociodemográficas de Galicia .....	26
3.2.3. Poboación diana: perfís de persoas en risco de necesitar atención sanitaria e social .....	29
3.2.4. Recursos orientados á atención sociosanitaria en Galicia: centros, servizos, programas ....	38
3.2.5. Uso dos sistemas de información e tecnoloxías aplicadas ao sector sociosanitario .....	40
3.2.5.1. Sistemas de información .....	40
3.2.5.2. Recomendacións para estudos retrospectivos de casos sociosanitarios .....	42
3.2.5.3. Rexistro da información clínica. A historia clínica electrónica (IANUS) .....	43
3.2.5.4. Recursos tecnolóxicos e innovación .....	44
3.3. <b>FASE 3:</b> Liñas de actuación e plan de acción .....	45
3.3.1. Liñas de actuación xerais .....	45
3.3.2. Liñas de actuación específicas e iniciativas .....	46
3.3.3. Indicadores de avaliación e seguimento .....	50
3.3.4. Financiamento.....	50
3.3.5. Plan de acción: priorización de iniciativas e calendario de actuacións .....	50
 <b>ANEXOS</b>	
ANEXO I: Iniciativas das liñas de actuación e indicadores de avaliación e seguimento.....	55
ANEXO II: Lexislación actual aplicable no ámbito sociosanitario en Galicia .....	56
ANEXO III: Referencias legais e documentos de interese .....	57
ANEXO IV: Participantes nos grupos de traballo.....	60
ANEXO V: Bibliografía .....	62





# **1. INTRODUCCIÓN**

## **CLAVES PARA ELABORAR O PLAN**



A experiencia histórica de cada comunidade autónoma en materia sanitaria e social, así como as súas características demográficas e a súa idiosincrasia, marcaron o futuro organizativo das institucións de cara á xestión da atención sociosanitaria.

Os cuidados específicos asociados á cronicidade e á dependencia deben ser abordados, ou polo menos valorados na atención ofrecida polos servizos sanitarios, mediante a coordinación entre os servizos sociais e sanitarios.

A dita coordinación non adoita ser froito dunha análise electiva por parte de xestores e lexisladores senón que nela inflúen a experiencia e o previo desenvolvemento das distintas actuacións en cada territorio.

As intervencións que se desenvolvan no campo da política sociosanitaria deben permitir traballar de maneira integrada con aqueles cidadáns que presenten necesidades de tipo social e sanitario. Por tanto, o termo sociosanitario non só se debe restrinxir a recursos e servizos, senón tamén a aquelas accións que se poderían ofrecer sinerxicamente ao conxunto de persoas que precisan ese tipo de servizo e atención.

Na nosa comunidade autónoma, o Decreto 43/2013 establece a estrutura orgánica do Servizo Galego de Saúde adscrita á Consellería de Sanidade. Correspóndelle ao Servizo de Xestión Sociosanitaria, entre outras funcións, a coordinación das prestacións sociosanitarias dependentes doutras institucións e administracións públicas. Ao mesmo tempo, no documento *Estratexia Sergas 2014: A sanidade pública ao servizo do paciente* destácase a necesidade de promover a saúde e responder ás necesidades do cidadán a través de dispositivos asistenciais e plans específicos, sendo un obxectivo xeral atender de forma integrada as necesidades da poboación no ámbito sociosanitario baixo criterios de igualdade, equidade, accesibilidade, universalidade e complementariedade das accións das diferentes administracións públicas. Comprométese a garantir a prestación de servizos no lugar e no momento adecuados cos niveis de calidade e seguridade comprometidos, sendo un dos obxectivos xerais que hai que destacar, potenciar os cuidados domiciliarios de forma equitativa, facilitando aos pacientes unha atención integral no lugar adecuado, atendendo as súas necesidades, evitando estadías e visitas innecesarias aos centros hospitalarios e reforzando o papel do domicilio do paciente como lugar de atención.

Para unha adecuada organización das prestacións sociosanitarias é necesario diferenciar os servizos sanitarios dos sociais, xa que deste modo se pode definir o espazo sociosanitario e os seus usuarios, que son en realidade os que lle dan contido.

Delimitar o espazo sociosanitario, aínda que os límites non sexan totalmente precisos, permitirá definir os usuarios e as intervencións simultáneas sociais e sanitarias para conseguir sinerxías. Deste modo poderemos organizar e coordinar as atencións que necesiten, máis alá da simple definición de servizos e recursos.

Existe un consenso xeneralizado sobre a necesidade de coordinar os servizos sanitarios e sociais para obter a súa máxima eficiencia, así como para evitar a creación dun terceiro sector sociosanitario independente. Por outro lado, a unión ou integración de atención primaria e hospitalaria nunha xestión integrada, segundo o Decreto 168/2010, do 7 de outubro, polo que se regula a estrutura organizativa de xestión integrada do Servizo Galego de Saúde, é xa un feito, e a xestión por procesos describíndoos e analizándoos é unha oportunidade para a creación do espazo sociosanitario, con todo o seu conxunto de definición de usuarios, servizos e recursos.

Aínda que abunda a literatura escrita sobre o tema sociosanitario, en poucas comunidades a concretaron e organizaron nun modelo de atención que resulte eficaz e eficiente, con fluxos e procesos organizados nos cales, a través dos seus sistemas de información, se poida proceder á súa análise.

É posible que isto se poida deber a que, nos casos en que forman parte dun mesmo departamento cunha política común, non se pode analizar o seu éxito ou resultados xa que moi probablemente os recursos sanitarios e sociais se utilizan indistintamente, o que complica a súa análise. Nos casos en que a dependencia política está separada cunha diferenciación clara de servizos sanitarios e sociais, os diferentes recursos tampouco están claramente diferenciados.

O documento que se presenta ofrece un marco de actuación que complementa as medidas conxunturais e de xestión que garanten a eficiencia do sistema sanitario público. Desde o punto de vista do Servizo Galego de Saúde, aspira a introducir unha nova forma de organizar a prestación máis adecuada nas persoas que a precisan.

Para a elaboración das liñas estratéxicas, existen uns factores clave que deben ser considerados:

1. Cambiar o enfoque da organización de servizos sanitarios cara a “curar e coidar”, que previamente se centraba só en “curar”. Nos vellos principios do acto asistencial xa se dicía que “se non podemos curar debemos aliviar, e senón deberemos tratar de consolar”. Na actualidade hai que asumir que o acto asistencial non se limita a curar, senón que tamén consiste en aliviar, rehabilitar e educar. A importancia de cada unha destas actuacións dependerá da situación clínica do paciente nese momento concreto, así como dos recursos dispoñibles.
2. Lembrar que a aprendizaxe nas ciencias da saúde consta da adecuada interacción de coñecementos, habilidades e actitudes para conseguir un correcto acto asistencial. As habilidades e actitudes constitúen a “vertente artística” da profesión sanitaria, xa que son elementos persoais que melloran co exercicio profesional, e a súa acción conxunta cos coñecementos achegan calidade e diferenciación.

O paciente que recibe asistencia integral por parte dun equipo multidisciplinar precisa un seguimento do proceso en todo o continuo asistencial. Co apoio dos dispositivos asistenciais integrados e das novas posibilidades que ofrece a innovación e a tecnoloxía na xestión das enfermidades crónicas, debemos favorecer e posibilitar os cuidados necesarios no domicilio para mellorar a calidade de vida do enfermo e o seu contorno, así como para optimizar os recursos dispoñibles.

3. Entender que a palabra “coidar” non debe ser entendida como sinónimo de cuidados sanitarios senón como aqueles cuidados, xa sexan sanitarios ou sociais, que se poden prestar de maneira conxunta ou separada segundo as necesidades da persoa. Non obstante, é frecuente a súa confusión, creándose recursos de tipo institucional excesivamente sanitarizados para a realización ou prestación de cuidados que no domicilio son

prestados habitualmente polo cuidador informal, co apoio cando así se necesita dos servizos sanitarios.

4. Definir a necesidade, eficacia e eficiencia de recursos intermedios, así como a prestación dos seus servizos. Unha marca diferencial do noso sistema en relación con outros países da Unión Europea é a escaseza de dispositivos asistenciais denominados *nursinghome*, dedicados a cuidados e rehabilitación. A dotación de recursos intermedios de media ou longa estadía, que se situarían entre os hospitais de agudos e as residencias sociais, son practicamente testemuñais e tal como están formulados actualmente son pouco eficaces.
5. Outro elemento crucial para a construción do espazo sociosanitario é o financiamento común. Este pode servir para mobilizar vontades dos axentes implicados na atención sociosanitaria, e que requirirá establecer obxectivos comúns, servizos integrados e medición de custos e resultados co obxectivo de buscar a eficiencia do sistema e dos distintos servizos e recursos, evitando duplicidades.
6. Por último, é imprescindible definir os usuarios susceptibles de atención sociosanitaria, os cuidados necesarios e as actuacións ou intervencións simultáneas que necesitan.

A atención sociosanitaria préstase, esencialmente, sobre aqueles colectivos que combinan a presenza de enfermidade con diversas situacións de dependencia e un maior ou menor grao de carencias sociais. Deberanse identificar unha serie de situacións ou perfís de persoas, onde a necesidade de atención sociosanitaria é máis frecuente. Para non levar a equívoco, convén sinalar que continuarán existindo persoas con perfís similares e que non se incluírían no espazo sociosanitario: persoas con enfermidade crónica pluripatolóxica non dependentes ou pacientes oncolóxicos con apoio social adecuado. Así mesmo, haberá persoas con necesidades sociais cuxa enfermidade crónica non xoga un papel determinante á hora de precisar atención sociosanitaria.

Tendo en conta as claves anteriores, o **Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia xorde coa intención de estudar e analizar a situación actual, e marcar as liñas estratéxicas de asistencia sanitaria nos próximos anos, identificando as necesidades específicas de colectivos de pacientes con necesidades sanitarias e sociais simultáneas.** Deste modo poderanse planificar ou organizar os recursos existentes e as posibles respostas, mediante actuacións conxuntas a través de programas coordinados cos servizos sociais, para conseguir un modelo de atención integral, interdisciplinar e rehabilitador. Articulando respostas centradas no paciente é posible conseguir unha asistencia eficaz e de calidade, ao mesmo tempo que se realiza unha xestión eficiente dos recursos.

O reto dos nosos servizos sanitarios é, sen dúbida:

- Respectar a vontade do individuo nas prestacións asistenciais.
- Ofrecer a prestación a través de servizos en lugar de a través de centros.
- Facer realidade a continuidade asistencial.
- Ofrecer respostas de atención integral.
- Impulsar ou fomentar a atención domiciliaria mediante o uso de novas tecnoloxías.
- Articular respostas personalizadas formuladas desde a segmentación de perfís tendo en conta a oferta de servizos.

De feito, a integración da atención sociosanitaria como liña específica dentro da *Estratexia Sergas 2014: A sanidade pública ao servizo do paciente* deberá estar baseada nuns elementos fundamentais:

- Derivar o usuario ao dispositivo máis adecuado para a súa atención.

- Garantir unha rápida derivación dun recurso a outro en función dos cambios de situación do usuario.
- Dispoñer de servizos suficientemente diversificados e dotados.

Tamén sinala outras actuacións no campo sociosanitario como son a recompilación nun mapa dos recursos sociosanitarios de Galicia, definindo os criterios que permitan optimizar o seu uso e protocolos de acceso que permitan unha atención continuada e integral, evitando duplicidades e identificando as necesidades específicas por colectivos. Así mesmo, débese traballar para incorporar a historia social dos pacientes na historia clínica electrónica e adaptar os sistemas de información integrando a atención sociosanitaria nun continuo asistencial único, establecendo un marco adecuado de xestión, control e avaliación de concertos co sector privado e fomentando a coordinación coa Consellería de Traballo e Benestar. É importante ter en conta que para estas actuacións na atención sociosanitaria habería que reforzar o rol dos profesionais de enfermaría e dos traballadores sociais.

O desenvolvemento das iniciativas presentadas neste plan débese realizar de maneira coordinada cos servizos sociais, tendo en conta o marco normativo sanitario que establece a Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema nacional de saúde, e a Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia. Nesta última, defínese no artigo 53, a atención sociosanitaria como o *“conxunto de coidados sanitarios e daqueles outros que correspondan dentro do sistema de servizos sociais establecido na súa normativa específica, destinados a aqueles enfermos, xeralmente crónicos, que polas súas especiais características poden beneficiarse da atención simultánea e sinérxica dos servizos sanitarios e sociais para aumentar a súa autonomía, paliar as súas limitacións ou sufrimentos e facilitar a súa reinserción social. No eido sanitario a atención sociosanitaria comprenderá:*

- a) *Os coidados sanitarios de longa duración.*
- b) *A atención sanitaria á convalecencia.*
- c) *A rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”.*

No seu artigo 14, menciónase como dereitos relacionados con grupos especiais, que as persoas menores, as maiores dependentes, as enfermas mentais e terminais, as que padecen enfermidades crónicas e discapacitantes e aos pacientes diagnosticados de enfermidades raras ou de baixa incidencia na poboación e as persoas que pertencen a grupos de risco deben ser obxecto de especial atención polas administracións sanitarias competentes e teñen dereito a actuacións e/ou programas sanitarios específicos e preferentes.

A Comisión Interdepartamental de Coordinación da Atención Sociosanitaria de Galicia créase segundo o artigo 137, como un instrumento adecuado, efectivo e eficiente de coordinación institucional. Para o desenvolvemento dos seus traballos e vinculado a ela, créase o comité de planificación de atención sociosanitaria de Galicia mediante orde conxunta do 7 de agosto de 2009 da Consellería de Sanidade e da Consellería de Traballo e Benestar. Entre as súas actividades encóntrase a elaboración dun plan de actuacións sociosanitarias en que se sitúen os usuarios, as prestacións sociosanitarias, os niveis de atención e coordinación entre a iniciativa social, pública e privada, e os diferentes niveis e servizos hospitalarios, de atención primaria e outras institucións, ademais da corresponsabilidade no financiamento da dita atención.

## **2. OBXECTIVOS**





## Obxectivo xeral

Identificar desde o sistema sanitario cales son as necesidades de atención sociosanitaria existentes e, consecuentemente, definir e consolidar as principais liñas de actuación e iniciativas en que o Servizo Galego de Saúde debe incidir nos próximos catro anos para proporcionarlles aos cidadáns unha asistencia integral, eficiente e de calidade adaptada ás persoas.

## Obxectivos específicos

- Realizar un diagnóstico de situación interno da atención sociosanitaria en Galicia.
- Analizar as tendencias e iniciativas levadas a cabo tanto no ámbito nacional como internacional no eido sociosanitario.
- Identificar aqueles perfís de pacientes susceptibles de ser incluídos no ámbito sociosanitario, para unha vez identificados propor a atención máis adecuada a cada situación.
- Definir as liñas de actuación xerais, específicas e iniciativas que deberán servir de guía para os vindeiros catro anos.
- Determinar un plan de acción en que se definan os prazos para levar a cabo as iniciativas debidamente priorizadas de acordo coa súa importancia.

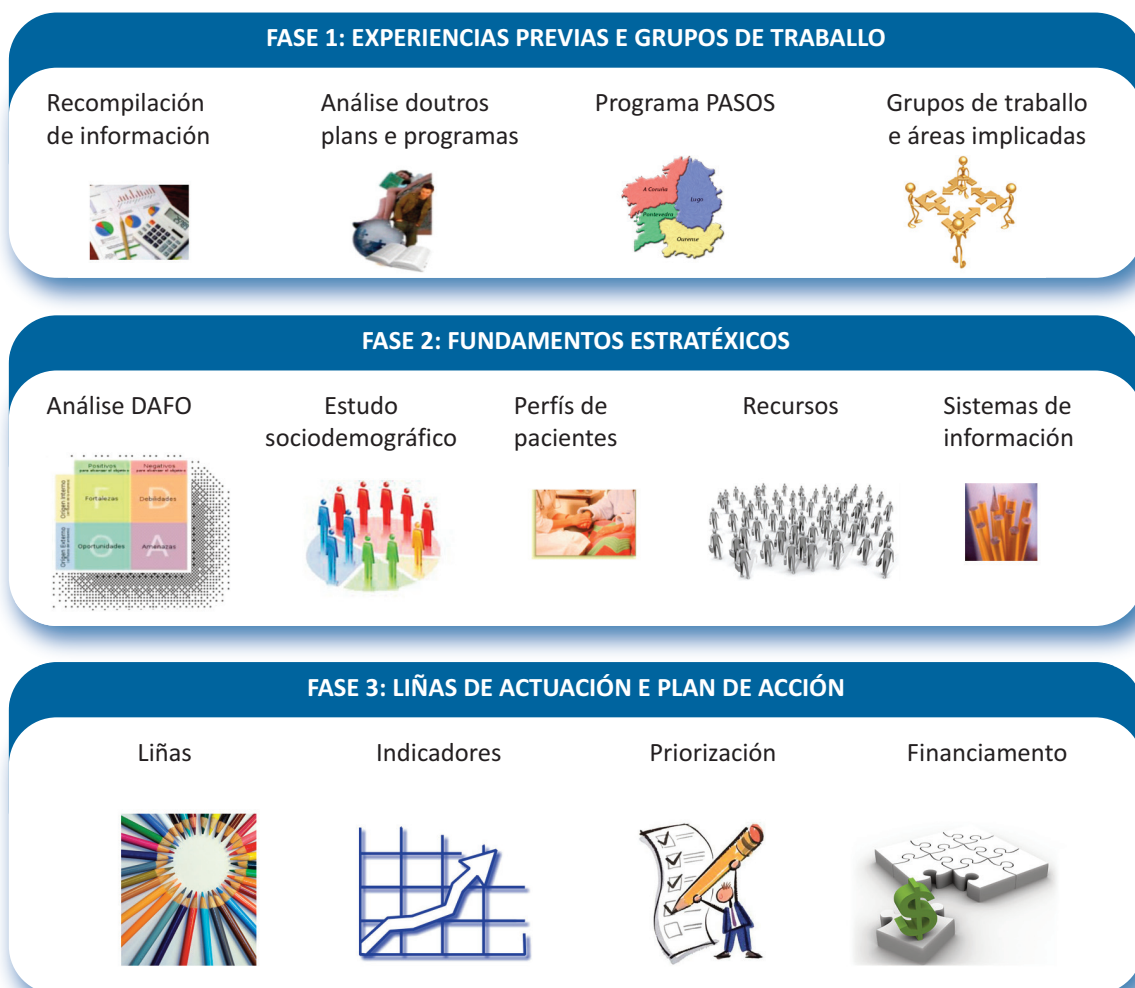


## **3. METODOLOGÍA DE TRABAJO**



A metodoloxía do traballo dividiuse en tres fases que se iniciaron coa análise da situación socio-sanitaria actual en Galicia, co fin de identificar debilidades, ameazas, fortalezas e oportunidades que deran lugar ás liñas de actuación que servisen de guía ao Servizo Galego de Saúde para os vindeiros catro anos nesta materia. Para isto constituíronse tres grupos: un de seguimento e dous grupos multidisciplinares de traballo de carácter técnico que estableceron aquelas circunstancias sanitarias e sociais determinantes de cada un dos distintos perfís sociosanitarios, e marcaron aquelas liñas de actuación que debería abranguer o plan marco. En todo momento, pretendeuse un enfoque realista, práctico e participativo, cuns obxectivos e indicadores asociados que facilitasen o seguimento efectivo da súa implantación.

O enfoque metodolóxico empregado pode resumirse no seguinte gráfico.



### 3.1. FASE 1: Experiencias previas e grupos de traballo

Nunha primeira fase realizouse unha busca de información actualizada no ámbito sociosanitario tanto a nivel nacional como internacional, cunha especial mención ao programa sociosanitario PASOS como predecesor na nosa comunidade. Un aspecto amplamente recollido polas diferentes comunidades autónomas é a deficitaria coordinación interinstitucional existente entre os servizos sociais e os servizos sanitarios, sendo o seu impulso un reto para a nosa sociedade. Toda esta documentación foi valorada polos grupos de traballo como punto de partida na elaboración deste plan.

#### 3.1.1. Recopilación de información doutros plans e programas de atención sociosanitaria

Realizouse unha revisión da bibliografía que permitise analizar o contexto sociosanitario nacional e internacional, así como as grandes tendencias neste sector a través dos diferentes plans, programas ou calquera outra documentación considerada relevante.

A nivel nacional os distintos plans e programas sociosanitarios existentes poden verse nesta ilustración

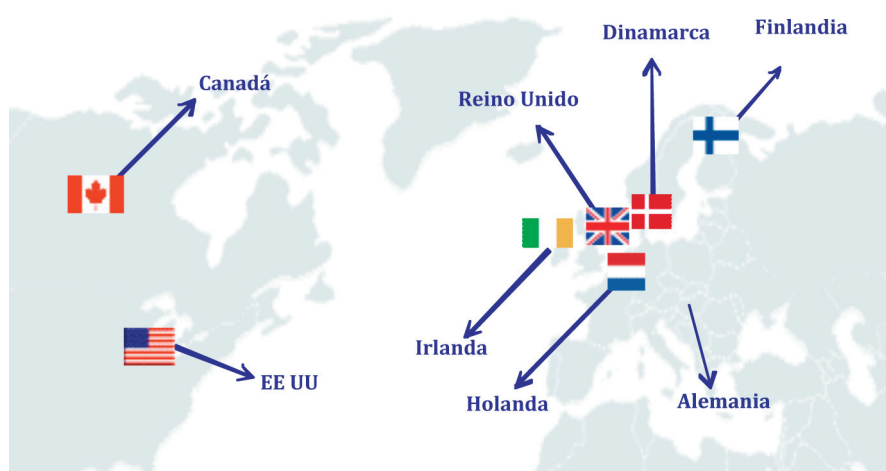
### ILUSTRACIÓN 1: PLANS/PROGRAMAS DE ÁMBITO NACIONAL



1. **Canarias:** Programa sectorial de atención sociosanitaria.
2. **Cantabria:** Plan de acción sociosanitaria das persoas maiores.
3. **Castilla e León:** Plan de atención sociosanitaria.
4. **Cataluña:** Programa “Vida als anys”: Plan de acción sociosanitaria; Plan director sociosanitario.
5. **Extremadura:** Plan marco de atención sociosanitaria 2005-2010.
6. **Galicia:** Programa de atención sociosanitaria (PASOS).
7. **Navarra:** Plan foral de atención sociosanitaria.
8. **País Vasco:** Plan estratéxico para o desenvolvemento da atención sociosanitaria no País Vasco. 2005-2008.
9. **Illes Balears:** Plan de accións sanitarias no ámbito sociosanitario do Servizo de Saúde 2010-2014.

A nivel internacional, os modelos analizados son moi diferentes dependendo do desenvolvemento social, as costumes e a idiosincrasia de cada país. Así, algunhas culturas como a anglosaxona ou a escandinava, cun sistema de financiamento distinto ao noso e unha rede social máis ampla, diversificada e desenvolvida, permite un modelo de atención sociosanitaria máis apoiado en recursos sociais de tipo institucional e residencial.

## ILUSTRACIÓN 2: PLANS/PROGRAMAS DE ÁMBITO INTERNACIONAL



1. **Dinamarca:** Atención integrada a persoas maiores en Skaevinge.
2. **Finlandia:** Atención doméstica integrada na cidade de Helsinki.
3. **Holanda:** Portelo único de acceso aos servizos sociais e sanitarios para as persoas maiores en Holanda.
4. **Irlanda:** The ICON (Integrated Care, One Network) Project.
5. **Reino Unido:** Ealing Intermediate Care Services.Southampton Behaviour Resource Service (BRS); Escocia, Glasgow Community Addiction Teams; Escocia, South Lanarkshire Integrated.
6. **Canadá:** Quebec, Systeme de Services Intégrés pour personnes Àgées en perte d'Autonomie.
7. **Estados Unidos:** Program of All-Inclusive. Care for the Elderly (PACE).
8. **Alemaña:** The Social Long-term Care Insurance in Germany.

Tanto a nivel nacional como internacional, un dos factores de éxito común baséase nunha segmentación coidadosa da poboación en perfís, cunha figura de xestor de casos que imbrique a nivel práctico as políticas desenvolvidas a nivel social e sanitario. Ademais, todas as actuacións están protocolizadas baseándose na evidencia científica, cunha atención interdisciplinar na cal o uso das tecnoloxías da información e comunicación é primordial.



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

O antecedente histórico dun programa de carácter sociosanitario en Galicia mereceu a súa valoración como punto de partida. O Programa de atención sociosanitaria do ano 1999 parte da necesidade de coordinar a atención sanitaria e social prestada a tres grandes grupos de enfermos crónicos:

1. Persoas maiores con pluripatoloxía e/ou deterioración física ou cognitiva.
2. Persoas con enfermidade mental crónica .
3. Persoas con discapacidade física, psíquica ou sensorial.

Xa naquel momento, e tras realizar estudos de estadías hospitalarias prolongadas, promovéronse as primeiras normativas no ámbito sociosanitario sobre concertación e acreditación de centros. Realizáronse diversas experiencias piloto tanto en atención primaria como especializada coordinados de forma interinstitucional con servizos sociais dos concellos.

De modo resumido, as actuacións en residencias asistidas da terceira idade concretáronse na coordinación farmacoterapéutica, de axudas técnicas e transporte sanitario, inclusión dentro do circuíto de recollida de mostras periféricas como un punto máis de extracción e coordinación para programas preventivos e de saúde pública.

Respecto á saúde mental as actuacións centráronse no apoio á rehabilitación psicosocial e laboral, regulación de vivendas protexidas, centros residenciais e programas de interconsulta psiquiátrica.

No ámbito da discapacidade o programa foi principalmente dirixido á atención temperá, atención odontolóxica a pacientes discapacitados e programas de interconsulta especializada cos centros residenciais.

### 3.1.3. Grupos de traballo

Na elaboración deste plan participaron arredor de corenta profesionais do Servizo Galego de Saúde e da Consellería de Traballo e Benestar. En varias sesións consensuáronse as directrices fundamentais do mesmo: matriz DAFO, colectivos con perfil sociosanitario e características, así como as liñas de actuación, e organizáronse nos seguintes grupos de traballo:

- **Grupo de seguimento:** constituído por responsables da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde.
- **Grupos de técnicos:** constituídos por profesionais procedentes de diversas áreas sanitarias e sociais:
  - **Grupo de crónicos:** integrado por médicos, enfermeiros, traballadores sociais, profesionais de sistemas e tecnoloxías da información, entre outros profesionais da administración.
  - **Grupo de saúde mental:** integrado por psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, traballadores sociais, profesionais de sistemas e tecnoloxías da información entre outros profesionais da administración.

## 3.2. FASE 2: Fundamentos estratéxicos

Unha vez valoradas as experiencias previas e analizada a información doutros plans, os grupos de traballo elaboraron os fundamentos estratéxicos do plan tendo en conta a realidade do traballo diario e as características diferenciais da poboación. Para isto realizouse unha análise DAFO tendo en conta as características sociodemográficas da poboación destinataria de atención sociosanitaria en Galicia, os perfís dos colectivos aos cales se dirixe a dita atención, a análise dos recursos sociosanitarios actuais e a adecuación dos sistemas de información, respectando en todo momento aquelas claves que condicionan o plan marco.

### 3.2.1. Análise DAFO

A **análise DAFO** reflicte as conclusións obtidas tras discusión dos grupos de traballo sobre o diagnóstico da situación actual, ordenadas mediante as categorías de: **debilidades, ameazas, fortalezas e oportunidades**. Elaborouse unha matriz DAFO para identificar os seus aspectos positivos e usalos como soporte nos cambios organizativos, consolidando as fortalezas e minimizando as debilidades, aproveitando as oportunidades e reducindo ou eliminando as ameazas.

A síntese de fortalezas e debilidades que se identificaron amosan as primeiras liñas de actuación prioritarias na atención sociosanitaria, desde a perspectiva sanitaria, para os próximos catro anos. Ao mesmo tempo, a análise ofrecida reflicte oportunidades de desenvolvemento e ameazas que se deben ter en conta co fin de afrontalas de maneira efectiva.

#### DEBILIDADES da atención sociosanitaria

- Diversidade de administracións implicadas e dispersión de responsabilidades dentro dunha mesma administración.
- Falta de coordinación no financiamento.
- Complexidade na explotación e análise da información
- Ausencia de separación de custos sociais e sanitarios, dispoñendo de recursos sociosanitarios tanto en sanidade como en servizos sociais e asumindo os gastos totais cada consellería.
- Escasa coordinación de recursos sociosanitarios entre a Consellería de Sanidade e a Consellería de Traballo e Benestar, e dentro da propia Consellería de Sanidade.
- Insuficiente protocolización dos sistemas de colaboración entre profesionais.
- Falta de desenvolvemento de redes de investigación conxunta.
- Necesidade de plans de calidade.
- Cultura de xestión por procesos pouco estendida no sector sociosanitario.
- Insuficiente coñecemento por parte dos profesionais sanitarios das redes de apoio social.
- Escasa formación dos profesionais na asistencia integral social e sanitaria.

## AMEAZAS para o desenvolvemento da atención sociosanitaria

- Oscilacións no apoio institucional.
- Insuficiencia de recursos adecuados para facer fronte ás necesidades da poboación.
- Redución do apoio da rede familiar de atención (coidadores informais).
- Risco de ineficiencia por falta de coordinación das administracións.
- Baixa capacidade de investimento motivado pola actual crise económica.

## FORTALEZAS para o desenvolvemento da atención sociosanitaria

- Creación dunha estrutura sociosanitaria de xestión. Servizo de Xestión Sociosanitaria, integrada na Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, con funcións de análise dos recursos sociosanitarios existentes nas áreas e a súa reordenación, o desenvolvemento de programas e protocolos de derivación entre as diferentes unidades asistenciais e a coordinación das prestacións sociosanitarias dependentes doutras institucións e administracións.
- Existencia dunha Comisión Interdepartamental de Coordinación Sociosanitaria de Galicia (Lei 8/2008, de saúde de Galicia, art.137), así como a creación dun comité de planificación de atención sociosanitaria de Galicia (orde conxunta do 7 de agosto de 2009, da Consellería de Sanidade e da Consellería de Traballo e Benestar).
- Papel destacado na Estratexia Sergas 2014: A sanidade pública ao servizo do paciente do ámbito sociosanitario: “Integración da atención sociosanitaria”.
- Decreto 168/2010, do 7 de outubro, polo que se regula a estrutura organizativa de xestión integrada do Servizo Galego de Saúde, tanto a nivel de atención primaria e especializada como sociosanitaria.
- Existencia dunha estrutura sanitaria sólida e dun paulatino incremento dos recursos sociais.
- Motivación e implicación dos profesionais.

## OPORTUNIDADES para o desenvolvemento da atención sociosanitaria

- Busca da eficiencia nas actuacións sanitarias.
- Altas posibilidades de innovación no sector.
- Asegurar a continuidade da atención e a adecuación dos recursos ás necesidades.
- Administracións implicadas con vontade de colaborar.
- Incrementar o equilibrio territorial de forma que toda a comunidade dispoña de servizos acordes coas súas características.
- Posibilidade de establecer actuacións inmediatas de acordo coas liñas de actuación.
- Establecer novas metodoloxías de traballo que axuden a detectar e avaliar mellor as necesidades (equipos interdisciplinares...).
- Posibilidade de crear redes de investigación en atención sociosanitaria.
- Posibilidade de implementación das novas tecnoloxías (TIC) como ferramenta para garantir a continuidade asistencial sanitaria e social aos cidadáns.
- Maior cultura sobre o traballo multidisciplinar e de traballo por procesos.

### 3.2.2. Características sociodemográficas de Galicia

Segundo os datos do Instituto Nacional de Estatística (INE) referidos a 1/1/2013, o padrón de Galicia contabilizaba 2.763.499 habitantes. Como consecuencia do proceso de envellecemento da poboación galega, as pirámides poboacionais presentan unha forma regresiva cun claro patrón de envellecemento, situando as poboacións máis envellecidas nas provincias de Lugo e Ourense.

De maneira xenérica, convén salientar que segundo os datos do INE a 1/11/2011 Galicia é a segunda comunidade con menor crecemento no número de habitantes na última década despois de Asturias, si ben as provincias de Lugo e Ourense perderon poboación nese periodo.

Tamén se aprecia que o proceso de envellecemento da poboación de Galicia se acentuou neste último ano, contabilizando 635.879 persoas maiores de 65 anos e 96.686 con máis de 85 anos.

#### Distribución territorial da poboación

A distribución territorial da poboación en Galicia presenta dúas características singulares: unha densidade de poboación superior á media española, e unha distribución da poboación moi heteroxénea segundo a provincia.

No ano 2010 a densidade de poboación galega foi de 94,5 hab/km<sup>2</sup> fronte aos 93,3 hab/km<sup>2</sup> de media española (datos INE a 1/1/2011).

TABOIA 1: densidade de poboación	
	Densidade (hab/km <sup>2</sup> )
España	93,3
Galicia	94,5
Coruña, A	144,3
Lugo	35,7
Ourense	45,8
Pontevedra	214,4

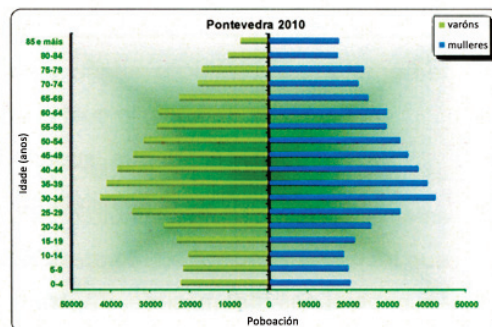
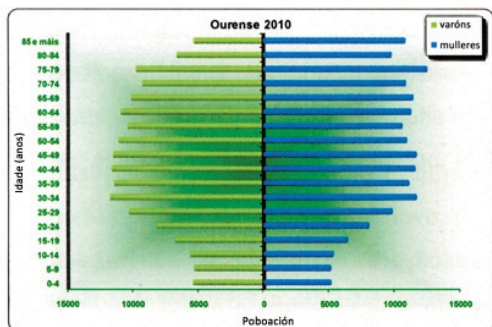
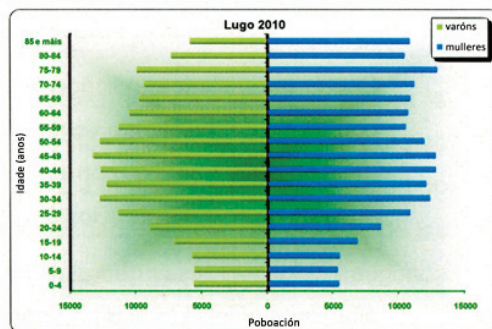
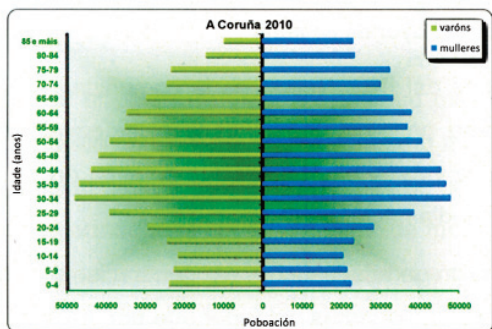
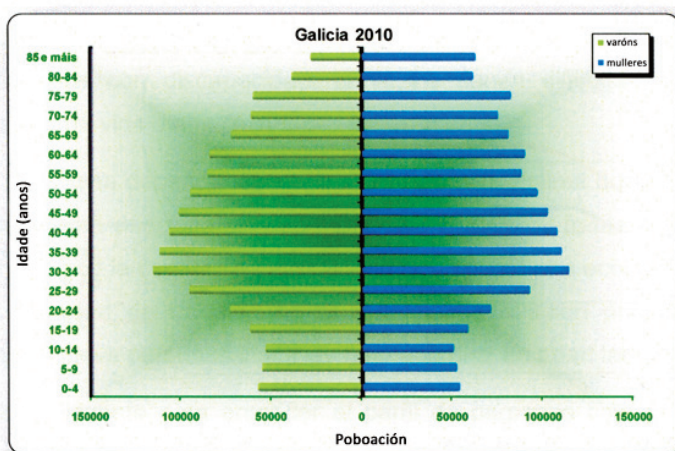
As provincias de Pontevedra con 214,4 hab/km<sup>2</sup> e A Coruña con 144,3 hab/km<sup>2</sup> son as máis poboadas, fronte ás de Lugo con 35,7 hab/km<sup>2</sup> e Ourense con 45,8 hab/km con menor densidade de poboación.

A última proxección de poboación realizada polo Instituto Galego de Estatística (IGE) elaborada para mediados deste século estima que os galegos maiores de 65 anos representarán entre un 31% e un 42% do total da poboación da comunidade.

### Pirámide de poboación de Galicia

Tendo en conta as previsións do INE, Galicia terá a metade de século unha comunidade notablemente envellecida, cunha pirámide poboacional regresiva, moi débil na súa base e cunha franxa en idade laboral moito menor que a de hoxe en día, pero que terá que soportar unha carga social que será o dobre da que afronta nestes momentos.

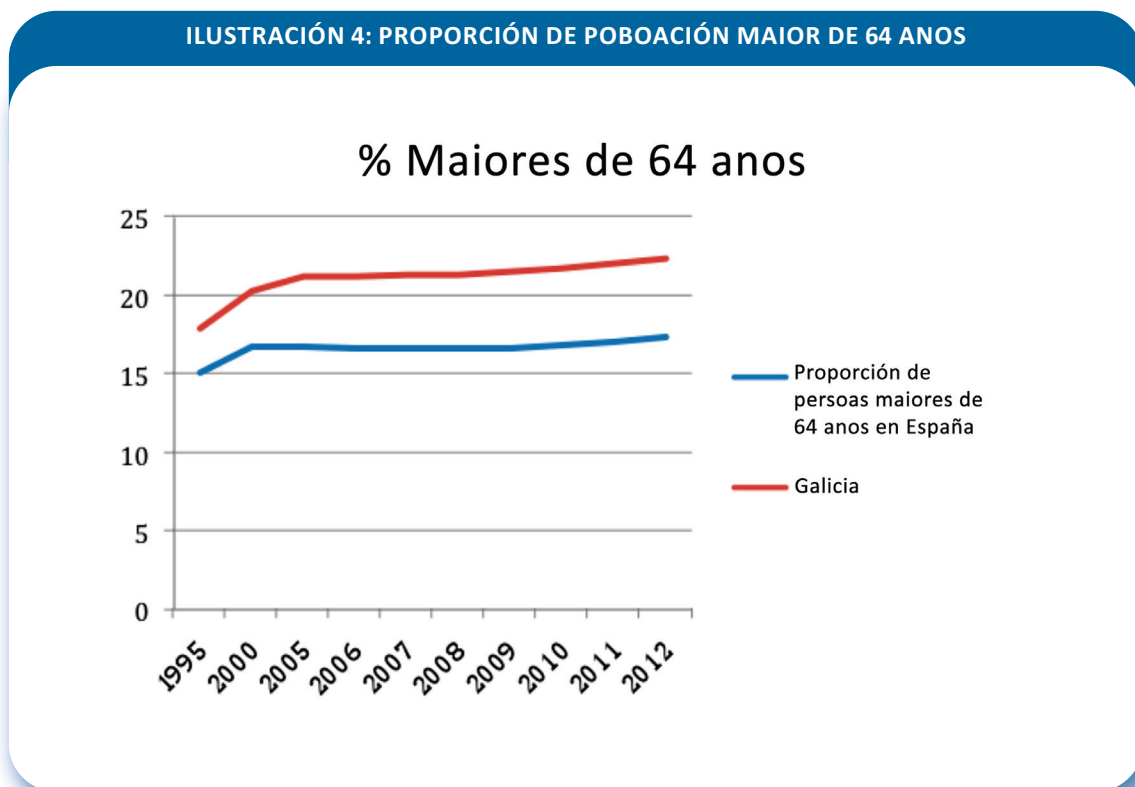
ILUSTRACIÓN 3: PIRÁMIDE DE POBOACIÓN DE GALICIA



### Indicadores demográficos

Segundo os datos de INE 2011, o 22,5 % da poboación galega ten máis de 64 anos fronte ao 17% da media española, con provincias como a de Ourense e Lugo cuxa porcentaxe supera o 28%.

ILUSTRACIÓN 4: PROPORCIÓN DE POBOACIÓN MAIOR DE 64 ANOS



Segundo os distintos indicadores demográficos do INE 2011, Galicia é a comunidade autónoma cun peor crecemento vexetativo. Así mesmo, presenta unha das taxas de envellecemento máis altas de España, cunha esperanza de vida ao nacemento que se sitúa nos 82,4 anos en Galicia (79 anos para os homes e 85,8 anos para as mulleres), fronte aos 82,1 anos de media nacional.

As reducidas taxas de natalidade non garanten unha adecuada remuda xeracional. Se a isto lle engadimos o incremento na esperanza de vida podemos entender que un dos perfís de poboación máis numeroso e importante en canto á posibilidade de necesitar atención socio sanitaria será o das persoas maiores. Este colectivo presenta unha media de tres patoloxías crónicas segundo datos da Enquisa nacional de saúde de 2006 para os maiores de 65 anos, o cal pode xerar un alto nivel de dependencia funcional. Ademais, o grupo de idade que supera os 85 anos presenta as taxas máis altas de ingresos hospitalarios e altas hospitalarias.

Estímase que arredor de 350.000 persoas maiores viven soas ou acompañadas doutras persoas de máis de 70 anos en Galicia. Este dato ten un valor fundamental para considerar que a proactividade ou busca activa de persoas maiores con altas probabilidades de precisar atención socio sanitaria debería ser unha prioridade para os servizos sociais e sanitarios.

Segundo os datos do censo de persoas con discapacidade de Galicia, actualizado en decembro de 2012, estímase que hai 224.127 persoas censadas que teñen recoñecido algún tipo de discapacidade, incrementando esta poboación segundo a idade.

A taxa de discapacidade de Galicia para poboación de seis e máis anos é, segundo datos da Enquisa de Discapacidade, Autonomía persoal e situacións de Dependencia de 2008 (EDAD 2008) de 112,94 persoas por cada mil habitantes, superando a media estatal que é de 85,5.

Aproximadamente o 65% das persoas con discapacidade son maiores de 65 anos. A maioría delas son mulleres (concretamente un 67%). Ademais, do total de persoas de seis ou máis anos con discapacidade, o 74% teñen dificultades para realizar as actividades básicas da vida diaria (ABVD).

A proxección da taxa de dependencia realizada polo INE estima que dentro de corenta e un anos Galicia terá unha taxa de dependencia do 89,53% fronte ao 51,32% actual. É dicir, que mentres hoxe a comunidade conta cun dependente economicamente por cada dúas persoas en idade de traballar, en 2051 a dita relación practicamente se terá equiparado: haberá nove persoas inactivas por cada dez en idade laboral.

Outra información relevante para entender o perfil de persoas con cuidados paliativos e necesidades sociosanitarias é a estimación que a OMS fai para España, en que o 82,6% das mortes totais se producen en persoas maiores de 64 anos, e un 66,5% en persoas maiores de 74 anos, a maioría dos cales falece nunha etapa de enfermidade avanzada.

Desde o punto de vista da saúde mental, a OMS estima que en España o 9% da poboación sofre polo menos un trastorno mental, excluindo os trastornos causados por uso indebido de substancias, e que algo máis dun 15% o padecerá ao longo da súa vida. Este grupo de enfermidades causa unha elevada mortalidade e discapacidade. En Galicia, o 22 % das persoas con discapacidade débese a unha enfermidade mental, o que supón a segunda causa de discapacidade na comunidade despois da discapacidade física que representa o 56%. Así mesmo, a Organización Mundial da Saúde (OMS) estima que o 20 % da poboación infanto-xuvenil (menores de 17 anos) sofre algún trastorno mental, polo que este grupo de poboación con alta necesidade de cuidados sociais e sanitarios xeralmente asociados a trastornos de conduta debe ser abordado de maneira especial.

A Clasificación Internacional de Enfermidades (CIE 10; OMS, 1992) establece diferentes categorías para o atraso mental (leve, moderado, grave, profundo, outros atrasos mentais e atraso mental sen especificación). Só algunhas persoas con discapacidade intelectual que precisan atención social sofren graves trastornos condutuais cunha alta necesidade de cuidados sanitarios simultaneamente, e estas persoas serán subsidiarias de atención sociosanitaria.

Ademais das tendencias demográficas mencionadas, débese ter en conta que a rede social de apoio se modificou nos últimos anos como consecuencia dos cambios sociais das familias, a incorporación crecente da muller ao mercado laboral, o perfil do cuidador informal ou os cambios nos servizos sanitarios como consecuencia dos maiores índices de curación de patoloxías que antigamente eran incurables, incrementando a supervivencia pero cronificando as patoloxías.

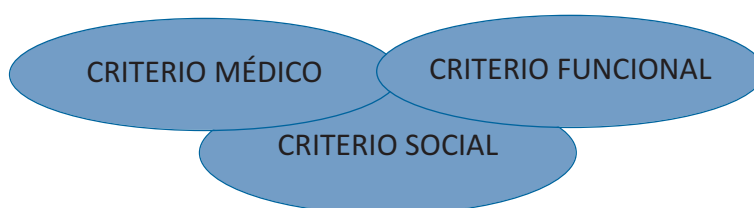
### **3.2.3. Poboación diana: perfís de persoas con necesidades sanitarias e sociais**

A segmentación da poboación en perfís permite identificar a poboación diana na cal é máis probable a necesidade de demandar atención sanitaria e social simultaneamente, presentando como elemento común a presenza de necesidades sanitarias, sociais e certo grao de dependencia funcional.

A súa finalidade é permitir agrupar e ordenar os principais colectivos considerados de perfil sociosanitario para poder estruturar mellor os mecanismos de actuación que garantan unha atención integral adecuada, centrando as intervencións sanitarias e sociais nas características de cada paciente co obxectivo de mellorar a súa saúde e calidade de vida no contorno máis adecuado para el.

Actualmente cómpre realizar unha priorización na atención aos colectivos con necesidades sociosanitarias, pero esta clasificación non se debe considerar pechada.

#### ILUSTRACIÓN 5: CRITERIOS SIMULTÁNEOS DE IDENTIFICACIÓN



Os cambios sociais e familiares fan que hoxe falemos dun perfil de usuarios caracterizado pola súa diversidade e a súa capacidade de elección da prestación de servizos no que a personalización debería ser o eixo da actuación. Hai distintos factores que influíron no cambio de perfil da demanda: o incremento das enfermidades crónicas, o cambio da patoloxía única á pluripatoloxía, a asociación enfermidade-dependencia. Por outro lado, o progresivo envellecemento da poboación comporta unha maior dependencia, ao mesmo tempo que os cambios sociodemográficos debilitan as redes sociais, perdendo peso o cuidador informal, que necesita de axudas externas para poder continuar os cuidados.

A atención débese basear na calidade de vida e inclúe a comprensión holística da persoa, cuxo benestar depende de multitude de aspectos. Toda intervención para a atención ás necesidades que xera a dependencia debe partir desta comprensión e, por tanto, atender simultaneamente todas aquelas facetas da vida do individuo en que se dá algunha necesidade.

Dentro da demanda de atención sociosanitaria deberanse ter en conta os pacientes que poden ter un grao de dependencia durante un período de tempo limitado á súa convalecencia, sen apoio social adecuado, e que unha vez superado este período, xa sexa por curación ou rehabilitación das súas funcións, deixan de ser dependentes e por tanto de necesitar atención sociosanitaria.

Os avances tecnolóxicos e sanitarios permiten a saída do hospital máis rapidamente se se dispón dunha estrutura social adecuada que facilite os cuidados do paciente no seu domicilio durante todo o proceso da convalecencia. As posibilidades que ofrece a atención sanitaria a domicilio (a través da hospitalización a domicilio ou desde atención primaria), así como o adecuado progreso destes servizos só se poderán apoiar nunha adecuada estrutura social, xa sexa achegada polo propio paciente, polo seu contorno ou polos servizos sociais coordinados adecuadamente cos sanitarios.



O futuro da sanidade camiña neste sentido, xa que se mellora a eficiencia e a calidade da atención, ao mesmo tempo que se diminúen efectos secundarios debidos a un ingreso prolongado en exceso, que dificulta en moitas ocasións unha adecuada recuperación.

É probable que a complexidade do campo sociosanitario leve a incidir especialmente na abordaxe dos problemas de construción do espazo sociosanitario no colectivo das persoas maiores con pluripatoloxía e dependencia, que, aínda sendo o máis numeroso, non é o grupo máis complexo na súa abordaxe nin o único.

Cabe sinalar que non todas as necesidades de cada un destes perfís ten sempre carácter sociosanitario. En numerosas ocasións, a súa demanda circunscríbese exclusivamente ao ámbito social ou ao ámbito sanitario sen que sexa necesaria a intervención simultánea, coordinada e estable de ambos, condicións que se requiren para que a atención que necesiten sexa de carácter sociosanitario.

<b>PERFÍS DE PERSOAS EN RISCO DE NECESITAR ATENCIÓN SANITARIA E SOCIAL</b>
<b>1 - PERSOAS MAIORES ENFERMAS</b>
Persoas maiores enfermas con risco de empeoramento do seu estado de saúde e con dependencia funcional
<b>2 - PERSOAS CON DISCAPACIDADE FÍSICA E DEPENDENCIA FUNCIONAL ELEVADA</b>
Dano cerebral adquirido
Enfermidade neurodexenerativa ou outras enfermidades raras ou crónicas que causen limitación funcional grave
Lesión medular adquirida
Patoloxía aguda importante que necesita coidados prolongados e de rehabilitación
<b>3 - PERSOAS CON DISCAPACIDADE ASOCIADA A ENFERMIDADE MENTAL</b>
Trastorno mental grave de evolución prolongada con necesidades de atención sociosanitaria
Patoloxía adictiva e alta necesidade de coidados sociosanitarios
Discapacidade asociada a enfermidade mental en menores de idade con alta necesidade de coidados sociosanitarios
<b>4 - PERSOAS CON DISCAPACIDADE INTELECTUAL</b>
Atraso mental con alteracións condutuais severas e alta necesidade de coidados sociosanitarios
<b>5 - PERSOAS EN COIDADOS PALIATIVOS</b>
Enfermidade crónica, avanzada e progresiva con prognóstico de vida limitado e alta necesidade de coidados sociosanitarios

## 1 - Persoas maiores enfermas con risco de empeoramento do seu estado de saúde e con dependencia funcional

### CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

#### ■ Médico

1. Patoloxía crónica con necesidade de coidados sanitarios continuados aos que se engadan polo menos dous dos seguintes ítems:
  - Tres ou máis estadías hospitalarias de máis de 24 horas nos últimos 12 meses.
  - Polimedicados: máis de 10 fármacos de forma continuada durante polo menos 6 meses.
  - Comorbilidade: máis de 3 problemas de saúde crónicos (índice de Charlson).
  - Síndrome de caídas frecuentes (2 ou máis caídas nos últimos 12 meses).
2. Patoloxía aguda que condicione a necesidade, nun período limitado de tempo, de coidados sanitarios continuados e/ou rehabilitación.

#### ■ Funcional

- Limitación funcional severa para desenvolver actividades da vida diaria (escalas Katz, Barthel, Lawton).
- Recoñecemento de dependencia severa ou gran dependencia (graos II e III).
- Deterioración cognitiva moderada (deterioración global Reisberg: igual ou superior a 4).

#### ■ Social

- Ausencia de rede social ou de apoio adecuada.
- Risco de claudicación do coidador principal.
- Vivenda ou contorno non reúnen as condicións apropiadas ás necesidades do paciente.

**Para cumprir o criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumprir simultaneamente polo menos un criterio médico, un criterio funcional e un social.**

## 2 - Persoas con discapacidade física e dependencia funcional elevada

### CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

#### ■ Médico

Persoas con necesidade de coidados sanitarios complexos ou avanzados por:

- Dano cerebral adquirido.
- Enfermidade neurodexenerativa ou outras enfermidades raras ou crónicas que causen limitación funcional severa.
- Lesión medular adquirida.
- Patoloxía aguda que condicione a necesidade, nun período limitado de tempo, de coidados sanitarios continuados e/ou rehabilitación.

#### ■ Funcional

- Limitación funcional severa para desenvolver actividades da vida diaria (escalas Katz, Barthel, Lawton).
- Recoñecemento de dependencia severa ou gran dependencia (graos II e III).
- Deterioración cognitiva moderada (deterioración global Reisberg: igual ou superior a 4).

#### ■ Social

- Ausencia de rede social ou de apoio adecuada.
- Risco de claudicación do coidador principal.
- Vivenda ou contorno non reúnen as condicións apropiadas ás necesidades do paciente.

**Para cumprir o criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumprir simultaneamente polo menos un criterio médico, un criterio funcional e un social.**

### 3 - Persoas con discapacidade asociada a enfermidade mental

#### CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

##### 1. *Persoas con trastorno mental grave con perfil sociosanitario*

Trastorno mental grave cunha duración da enfermidade e/ou o tratamento maior de 2 anos e que comporta un grao variable de discapacidade e disfunción social con alta prevalencia na comunidade.

##### ■ Médico

- Esquizofrenia (CIE-10; F20).
- Trastornos esquizoafectivos (CIE-10; F25).
- Trastorno bipolar (CIE-10; F31).
- Outros trastornos psicóticos non orgánicos (CIE-10; F28).
- Trastorno depresivo recorrente (CIE-10; F33).
- Trastorno obsesivo-compulsivo (CIE-10; F42).
- Trastorno xeneralizado do desenvolvemento (CIE 10; F84).

##### ■ Funcional

- Presenza de discapacidade: disfunción moderada ou severa do funcionamento global, con valoración do GAF <50 (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica unha afectación de moderada a severa do funcionamento laboral, social e familiar. Adoitan presentar déficit en autocoidados, autonomía, autocontrol, relacións interpersoais, lecer e tempo libre e/ou en funcionamento cognitivo.
- Recoñecemento de dependencia severa ou gran dependencia (graos II e III).

##### ■ Social

- Ausencia de rede social ou de apoio adecuada.
- Risco de claudicación do coidador principal.
- Vivenda ou contorno non reúnen as condicións apropiadas ás necesidades do paciente.

**Para cumprir o criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumprir simultaneamente polo menos un criterio médico, un criterio funcional e un social.**

## CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

### 2. *Persoas con patoloxía adictiva e alta necesidade de coidados sociosanitarios*

Conduta asociada aos trastornos adictivos nos últimos anos, cando coexisten as condutas adictivas con outros trastornos mentais que comportan un alto risco de necesidade de apoio simultáneo social e sanitario.

#### ■ Médico

- Trastorno adictivo.

#### ■ Funcional

- Presenza de discapacidade: disfunción moderada ou severa do funcionamento global, con valoración do GAF <50 (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica unha afectación de moderada a severa do funcionamento laboral, social e familiar. Adoitan presentar déficit en autocoidados, autonomía, autocontrol, relacións interpersoais, lecer e tempo libre e/ou en funcionamento cognitivo.
- Recoñecemento de dependencia severa ou gran dependencia (graos II e III).

#### ■ Social

- Ausencia de rede social ou de apoio adecuada.
- Risco de claudicación do coidador principal.
- Vivenda ou contorno non reúnen as condicións apropiadas ás necesidades do paciente.

**Para cumprir o criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumprir simultaneamente polo menos o criterio médico, un criterio funcional e un social.**

## CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

### 3. *Discapacidade asociada a enfermidade mental e trastornos importantes de conduta en menores de idade con alta necesidade de coidados sociosanitarios*

Menores de idade con discapacidade asociada a enfermidade mental e importantes trastornos de conduta e alta necesidade de coidados sociosanitarios.

#### ■ Médico

- Trastorno xeneralizados do desenvolvemento.
- Trastorno psicótico.

#### ■ Funcional

- Presenza de discapacidade: disfunción moderada ou severa do funcionamento global, con valoración do GAF <50 (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica unha afectación de moderada a severa do funcionamento laboral, social e familiar. Adoitan presentar déficit en autocoidados, autonomía, autocontrol, relacións interpersoais, lecer e tempo libre e/ou en funcionamento cognitivo.
- Trastorno condutual importante asociado.
- Recoñecemento de dependencia severa ou gran dependencia (graos II e III).

#### ■ Social

- Ausencia de rede social ou de apoio adecuada.
- Risco de claudicación do coidador principal.
- Vivenda ou contorno non reúnen as condicións apropiadas ás necesidades do paciente.

**Para cumprir o criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumprir simultaneamente polo menos un criterio médico, un criterio funcional e un social.**

#### 4 - Persoas con discapacidade intelectual

##### CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

###### *Atraso mental con alteracións condutuais e alta necesidade de coidados sociosanitarios*

###### ■ Médico

- Diagnóstico de atraso mental (CIE 10; F70-F79) con alteracións condutuais (e/ou trastorno mental) severas e persistentes.

###### ■ Funcional

- Limitación funcional severa para desenvolver actividades da vida diaria (escalas Katz, Barthel, Lawton).
- Recoñecemento de dependencia severa ou gran dependencia (graos II e III).

###### ■ Social

- Ausencia de rede social ou de apoio adecuada.
- Risco de claudicación do coidador principal.
- Vivenda ou contorno non reúnen as condicións apropiadas ás necesidades do paciente.

**Para cumprir o criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumprir simultaneamente polo menos o criterio médico, un criterio funcional e un social.**

## 5 - Persoas en cuidados paliativos con necesidades sociosanitarias

### CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

#### ■ Médico

- Presenza de enfermidade crónica, avanzada e progresiva con prognóstico de vida limitado, que habitualmente son:
  - 1 Enfermidades oncolóxicas.
  - 2 Enfermidades cardiocirculatorias.
  - 3 Enfermidades respiratorias.
  - 4 Enfermidades neurolóxicas.
  - 5 Enfermidades hepáticas.
  - 6 Enfermidades renais.
  - 7 Outras enfermidades crónicas, avanzadas e progresivas menos prevalentes.

#### ■ Funcional

- Limitacións funcionais severas, non reversibles nin subsidiarias de tratamentos agresivos e con alto contido de sufrimento, con prognóstico de vida que se prevé limitado.

#### ■ Social

- Ausencia de rede social ou de apoio adecuada.
- Risco de claudicación do cuidador principal.
- Vivenda ou contorno non reúnen as condicións apropiadas ás necesidades do paciente.

**Para cumprir o criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumprir simultaneamente polo menos un criterio médico, o criterio funcional e un social.**

### 3.2.4. Recursos orientados á atención sociosanitaria en Galicia (centros, servizos, programas)

En sentido estrito non se debería falar de servizos sociosanitarios, xa que os servizos ofrecidos poden ser de carácter sanitario ou social. Tampouco se debería falar de recursos ou centros sociosanitarios, xa que poden ser basicamente sanitarios ou sociais, e prestar servizos do outro sector. Determinados centros sociais inclúen servizos sanitarios na súa carteira de servizos, mentres que noutros son profesionais sanitarios do Servizo Galego de Saúde os que acoden a prestar a dita atención.

O verdadeiramente “sociosanitario” será que ámbolos dous tipos de servizos, présteos quen os preste, interactúen na elaboración e realización dun plan de coidados integral. Ao ter un obxectivo común pódense xerar sinerxías entre as dúas intervencións para garantir unha calidade óptima na atención ofrecida. Os diferentes axentes que interveñen, ademais de integrar vontades, deben ter capacidade de adaptación ás necesidades e circunstancias de cada persoa nun contexto social dinámico que cambia a gran velocidade.

Nun estudo inicial dos recursos definidos en Galicia como sociosanitarios, realizouse previamente a definición de **recurso sociosanitario** desde a perspectiva sanitaria e social tratando de englobar centros, servizos e programas coordinados conxuntamente. A dita definición pode resultar complexa ou cuestionable pero dende o comité técnico de planificación sociosanitaria o que se propuxo foi definir recurso sociosanitario como **aquel centro, programa ou servizo en que as actividades ou coidados sanitarios poderían ser realizados no domicilio en colaboración cos servizos sanitarios da seguinte forma:**

- **Con presenza de persoal facultativo ou de enfermaría.**
- **Sen presenza de persoal facultativo ou de enfermaría, pero coa debida autorización sanitaria da Consellería de Sanidade.**

Por isto se entendeu que, ademais da debida autorización da actividade por parte da consellería correspondente, se establecesen como criterios que hai que cumprir para a selección e diferenciación de recursos sociosanitarios a prestación de atención sanitaria e social conxunta, desenvolvendo actividades sanitarias e de atención social de forma complementaria.

No dito estudo, ademais de establecer uns criterios definitorios co fin de deslindar actividades que realizan a dobre prestación social e sanitaria, considerouse a posibilidade de coñecer os recursos actuais e as súas características, para dispoñer dunha ferramenta básica para a planificación e xestión racional do sistema de atención sociosanitaria de Galicia. Como resumo, cabe sinalar as conclusións de maior relevancia:

1. No ano 2011, identificáronse en Galicia, 95 centros con presenza de persoal facultativo ou de enfermaría susceptibles de etiquetarse como sociosanitarios. O 81,3% estaban dedicados á atención de persoas maiores, o 13,2% a discapacitados físicos e o 5,5% a discapacitados intelectuais.
2. Os recursos sociosanitarios sen persoal facultativo ou de enfermaría pero que desenvolven programas sociosanitarios que facilitan a rehabilitación e a incorporación social, e que contan coa preceptiva autorización da súa actividade son:
  - a) Recursos de rehabilitación e apoio comunitario para persoas con trastorno mental grave e persistente (autorizadas pola Consellería de Sanidade), que se establecen mediante concertación de prazas coas asociacións sen ánimo de lucro na súa maior parte. Actual-

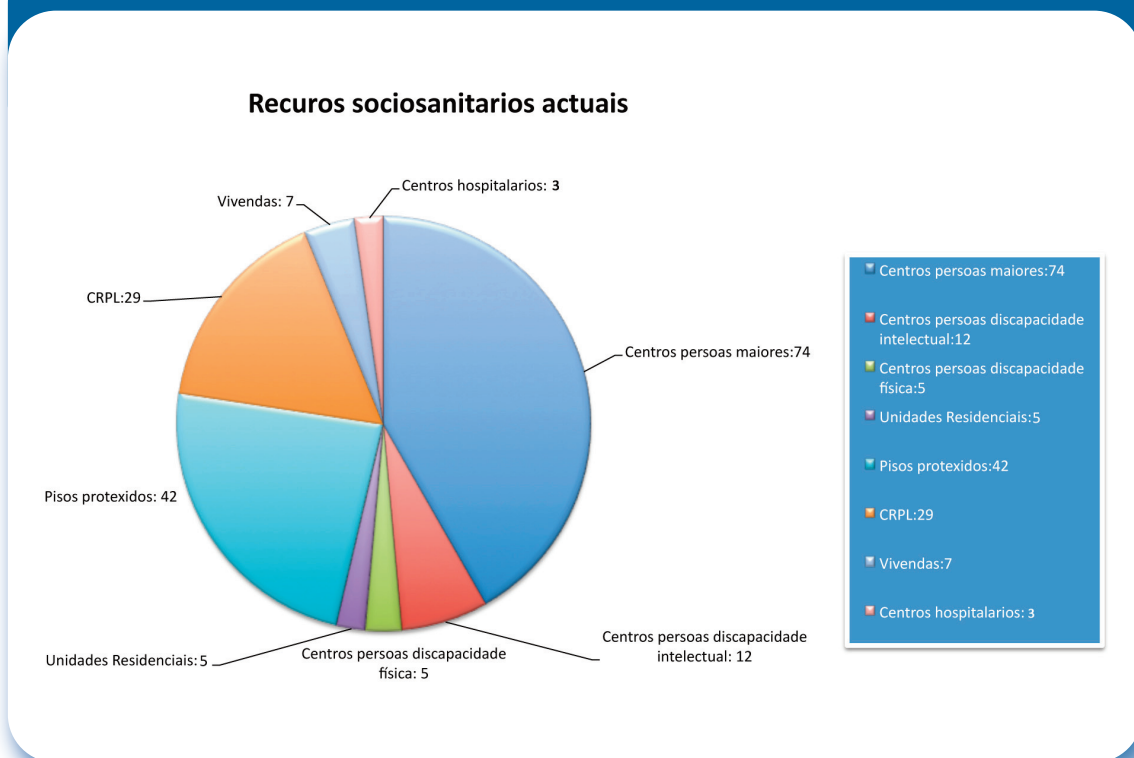


mente existen 5 unidades residenciais, 42 pisos protexidos e 29 centros de rehabilitación psicosocial e laboral (CRPL).

- b) Programas de incorporación social que se desenvolven en 7 vivendas para pacientes con trastornos adictivos (autorizadas pola Consellería de Traballo e Benestar), e que se regulan mediante unha orde de subvencións da Consellería de Sanidade para entidades sen ánimo de lucro mediante concorrencia competitiva.
  - c) Programas sociosanitarios de apoio á rehabilitación de persoas afectadas por problemática asociada ao alcoholismo, persoas con secuelas por dano cerebral adquirido, enfermidades raras, trastorno do espectro autista e trastornos da conduta alimentaria. Actualmente, na convocatoria de 2012, subvencionáronse 29 programas distintos entre as asociacións sen ánimo de lucro que se presentaron a esta orde de concorrencia competitiva.
3. O Servizo Galego de Saúde ten relación mediante concerto ou autorización de uso con tres recursos hospitalarios para pacientes de perfil sociosanitario: Hospital Santa María (Pontevedra), Clínica El Pinar (Vigo) e Clínica La Robleda (Santiago de Compostela).
  4. Cada área sanitaria desenvolveu os seus propios programas de atención a pacientes con perfís sociosanitarios, polo que existe certa variabilidade xeográfica na atención sociosanitaria.
  5. A heteroxeneidade e a dispersión respecto da titularidade dos recursos debería terse en conta de cara a futuras propostas de xestión e coordinación conxunta e continuada.
  6. Existen outros recursos que non son centros, senón programas ou servizos, que se deberían estudar en conxunto para potenciar a verdadeira coordinación sociosanitaria.
  7. Os recursos sociosanitarios de tipo hospitalario dos que dispón o Servizo Galego de Saúde, deberían regularse conforme criterios uniformes en todas as áreas sanitarias e en coordinación cos servizos sociais.

Ademais, detectouse que para elaborar futuras ferramentas que sirvan para a planificación dos recursos sociosanitarios de Galicia, é fundamental integrar a información que ofrecen os sistemas de rexistros das dúas consellerías: Rexistro de Entidades Prestadoras de Servizos Sociais da Consellería de Traballo e Benestar (RUEPSS), e o Rexistro de Centros, Servizos e Establecementos Sanitarios da Consellería de Sanidade (REXCE).

## ILUSTRACIÓN 6: RECURSOS SOCIO SANITARIOS ACTUAIS



### 3.2.5. Uso dos sistemas de información e tecnoloxías aplicadas ao sector socio sanitario

#### 3.2.5.1. Sistemas de Información

Os sistemas de información merecen unha atención especial dentro deste plan marco, non só pola súa importancia para a rede sanitaria, senón porque os datos relacionados co sector socio sanitario non foron desenvolvidos dentro dos sistemas de rexistro da actividade sanitaria. Por isto terán unha liña de actuación e uns indicadores específicos neste plan marco.

En sanidade son unha das ferramentas clave para facer fronte aos retos presentes e futuros que presentan os cidadáns, os profesionais e a Administración sanitaria, axudando a buscar a eficiencia e a calidade da atención para conseguir un bo nivel de saúde da poboación. Por isto, non son a día de hoxe soamente un recurso de soporte ao proceso asistencial, senón que se converteron nunha ferramenta fundamental que achega competitividade e valor engadido ás organizacións, sendo esenciais para planificar servizos e recursos que se deberán adaptar ás necesidades detectadas. Tamén son un elemento que permite medir a efectividade (sinalar o que funciona e o que non, indicando cal é o resultado), a eficiencia (utilizar os recursos de maneira óptima, para obter o resultado desexado ao menor custo posible) e a capacidade de resposta do sistema.

Debemos entender que un sistema de información sanitario é unha combinación de persoas, métodos e servizos cuxa misión é recoller, procesar, analizar e transmitir datos sobre a situación de saúde, os factores sociais e económicos que a determinan, os recursos dispoñibles e a utilización que se fai destes... Todos eles son necesarios para a planificación sanitaria e para a toma de decisións intersectoriais, converténdose en información intelixible que posibilita a súa aplicación á toma de decisións, permitindo xerar coñecemento para dar un servizo eficaz na xestión dos servizos sanitarios.

Actualmente, a avaliación da información sanitaria apunta exclusivamente ao ámbito estritamente asistencial e non ao sociosanitario. Os indicadores do cadro de mando corporativo oriéntanse á medición do cumprimento de obxectivos relacionados coa atención demandada e prestada nos ámbitos de atención primaria e hospitalaria, pero non ás necesidades sociosanitarias. Para integrar esta avaliación requiriríase deseñar unha estratexia para orientar a historia clínica e os sistemas de información clínico-administrativos a este novo espazo de atención e cuidados. Nesta liña avanza a *Estratexia Sergas 2014 A sanidade pública ao servizo do paciente* na liña estratéxica 1.4, que fai referencia a que os sistemas de información deben integrar a atención sociosanitaria nun continuo asistencial único. Por isto, dentro do proceso asistencial, ademais dos datos referidos á patoloxía e aos cuidados sanitarios, deben incorporarse na historia clínica electrónica outros datos de interese relacionados coa situación de dependencia e a rede social de apoio.

Dispoñer de sistemas de información completos e integrados, permitirían o seu uso en distintos niveis de análise. A actividade sociosanitaria podería ser avaliada e analizada tras a definición de obxectivos claros e establecendo indicadores de medida.

Desde o punto de vista da análise clínica individual, e como apoio ao proceso asistencial, permitiría detectar situacións de risco que xerasen avisos ou alertas para a prestación de axudas puntuais de cuidados formais, asegurando a continuidade de cuidados e unha asistencia correcta cos niveis de calidade necesarios. Permitiría evitar reingresos hospitalarios, hiperfrecuentación de visitas a atención primaria e, en xeral, o uso inadecuado dos servizos sanitarios que incrementan o seu custo ao mesmo tempo que achegan un tratamento inadecuado.

No campo da prestación de servizos sanitarios e sociais integrados, así como na xestión da enfermidade crónica, apúntanse novas fórmulas diferentes de xestionar a cronicidade e a dependencia que se deben enmarcar na xestión por procesos. Estes cambios non só teñen claras implicacións no traballo e na cultura do profesional, senón tamén nos sistemas de información e na forma de entender o servizo ao cidadán. Elementos claves deste modelo son a diferenciación de pacientes en perfís, a xestión de casos, o *empowerment* do propio usuario e a educación sanitaria da poboación.

Preséntase a necesidade e a oportunidade de abordar o desenvolvemento dunha nova maneira de atender a aqueles que requiren simultaneamente os servizos sociais e sanitarios. Isto significa activar o espazo sociosanitario, achegando unha maior calidade na atención prestada e unha redución nos custos, conseguindo a readecuación dos servizos ás necesidades do usuario e a liberación de recursos sanitarios de alto custo para poder ser utilizados de maneira máis eficiente. Para conseguilo, os fluxos dos procesos deberían desprazarse desde o hospital cara aos servizos ambulatorios e comunitarios, e tamén desde os servizos sanitarios a sociosanitarios e sociais. Trátase de relocalizar os recursos para unha serie de programas moi concretos en que un cambio de enfoque demostrase sobradamente a súa eficiencia. Os cambios na pirámide demográfica e na evolución da enfermidade cara ás enfermidades crónicas deberían ir acompañados das políticas necesarias de adaptación dos servizos.

Para conseguilo cómpre dispoñer de sistemas de información que permitan:

- Aos profesionais, compartir información asistencial social e sanitaria relativa aos usuarios de interese para cada categoría profesional.
- Aos xestores, a análise da actividade e dos servizos para planificar futuras actuacións.

### 3.2.5.2. Recomendacións para estudos retrospectivos de casos sociosanitarios

Analizar a situación sociosanitaria en cada área de xestión integrada, identificando e cuantificando perfís de risco de pacientes que poidan precisar atención sociosanitaria, así como riscos de reingresso hospitalario destes, permitiría a planificación dos recursos.

Dispoñemos actualmente de diversos estudos realizados, nos cales se atribúen a causas sociosanitarias todas as estadías que se consideran inadecuadas, ou todos os datos de hiperfrecuentación de atención primaria ou dos servizos de urxencias. É por isto que tras a súa análise se identificaron unha serie de factores que hai que ter en conta e que expoñemos de seguido. Permitirían facer estudos retrospectivos e obter datos que axuden a definir o campo de actuación sociosanitaria, analizando as estadías hospitalarias evitables e as estadías inadecuadas ou prolongadas no tempo. Ao mesmo tempo, as bases de datos das consultas de atención primaria poderían permitir realizar estudos sobre as persoas con risco de necesitar atención sociosanitaria, analizando tamén os motivos da hiperfrecuentación dos seus servizos.

Metodoloxicamente, estes estudos poderían ser sobre estadías hospitalarias evitables e sobre casos de necesidade de atención sociosanitaria en consultas de atención primaria:

#### 1. Estudo de estadías hospitalarias evitables

A partir da explotación de datos do CMBD (Conxunto mínimo básico de datos), o estudo centrárase en analizar o número de casos cuxa estadía supera un punto de corte determinado considerado inadecuado para o seu diagnóstico (*outliers*). A estadía media nos hospitais é amplamente utilizada como indicadora do consumo de recursos, aínda que en moitas ocasións aparecen casos que se distancian dunha maneira considerable da media e a distorsiona. Estes casos atípicos denomínanse *outliers* ou casos extremos cuxa análise resulta interesante para coñecer os motivos polos que determinados pacientes están hospitalizados, e que poderían representar estadías evitables por ser inadecuado manter o seu ingreso.

O cálculo das estadías evitables establécese para cada un dos Grupos Relacionados de Diagnóstico de cada hospital de acordo coa seguinte fórmula:

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

A alta variabilidade do indicador obriga a manter certas cautelas á hora de atribuír a responsabilidade de estadías medias máis prolongadas a un determinado factor, mesmo tras o seu axuste por casuística e hospital.

É importante ter en conta que non todos os casos chamados *outliers* son de tipo sociosanitario, senón só aqueles en que á enfermidade se suma unha necesidade de apoio social no momento da alta, ou na última fase do proceso de atención, onde se ofrecen como alternativa á hospitalización outras atencións que requiren apoio domiciliario e sen o cal sería imposible a alta hospitalaria. Por tanto, faise necesario identificar aqueles casos que estando por riba do punto de corte

necesitan atención conxunta e sinérxica social e sanitaria. Para isto deberemos acudir á codificación diagnóstica á alta e analizar dentro dos diagnósticos complementarios denominados códigos V, aqueles relacionados co ámbito socio-sanitario que deberían constar en todos aqueles pacientes en que se detecta risco de pertencer a un perfil socio-sanitario. A modo de exemplo, algúns dos códigos V agrupados permítenos analizar:

- a) V60 e seguintes: circunstancias sociais como aloxamento inadecuado, falta de apoio familiar ou social etc.
- b) V63 e seguintes: servizos sanitarios afastados do domicilio.
- c) V66 e seguintes situacións de convalecencia.

A partir da información do estudo, poderíamos incorporar ao sistema alertas sociais e sanitarias que permitan actuacións sinérxicas para apoiar a atención do paciente na súa residencia habitual.

## **2. Estudo no ámbito da atención primaria de casos con necesidade de atención socio-sanitaria**

Dentro desta área poderíase estudar a poboación maior con certo grao de dependencia ou circunstancias que poidan implicar risco social, e que non ten historia clínica no seu centro de saúde, para o cal se precisaría a colaboración dos servizos sociais do concello ou da Consellería de Traballo e Benestar.

Por outro lado, tamén poderíamos identificar as persoas con características recollidas nos perfís socio-sanitarios descritos neste documento, con problemas sanitarios complexos sinalados na súa historia clínica, e con necesidade de coidados sanitarios. Necesariamente deberían constar os riscos de necesidade de atención social rexistrados na mesma historia clínica, polo que sería necesario incluír a historia social dentro da historia clínica electrónica.

### **3.2.5.3. Rexistro da información clínica. A historia clínica electrónica (IANUS)**

IANUS é unha ferramenta que permite integrar nun único sistema informático o historial clínico de cada paciente, independentemente do hospital ou centro de saúde de referencia. O seu obxectivo é dotar a todos os facultativos do Servizo Galego de Saúde dunha ferramenta potente e eficaz para a xestión da información clínica, dispoñendo dun modelo único e seguro de acceso á información dos pacientes, a través dun portal web.

Cabe salientar e sinalar que o sistema informático IANUS integra ademais da historia clínica, para que cubran os profesionais de asistencia sanitaria, epígrafes e campos de datos para incorporar información funcional e social dos pacientes como por exemplo informes de saúde, informes de dependencia e escalas de valoración funcional.

Traballar sinerxicamente entre servizos sociais e sanitarios supón compartir un espazo común a través da historia clínica integrada social e sanitaria, deseñada especificamente para a comunicación interprofesionais, con capacidade de monitorizar o seguimento do plan individual de atención, e de avaliar e dar soporte mediante sistemas de axuda á decisión no cumprimento dos protocolos asistenciais.

Respectando a lexislación vixente en materia de historia clínica e protección de datos, a información compartida pode ser transmitida a un xestor de casos, e constituirá unha valiosísima ferra-

menta para ampliar a cobertura das actuacións e facer sustentables os custos desta nova modalidade de prestación de asistencia e cuidados.

Traballar por procesos con toda a información sanitaria e social do paciente permítelle ser o centro dunha asistencia integral, dunha verdadeira atención sociosanitaria, xa que é posible coñecer a evolución por todos os dispositivos asistenciais, a súa traxectoria asistencial ao completo, que permitirá actuar sobre os aspectos da cadea que deberían ser reforzados.

#### 3.2.5.4. Recursos tecnolóxicos

As tecnoloxías da información e comunicación (TIC) concíbense na actualidade como unha ferramenta imprescindible no proceso asistencial que se debe poñer á disposición do sistema de saúde co fin de mellorar a calidade, a eficiencia, a seguridade e a accesibilidade, facilitando a práctica clínica e a toma de decisións.

Non só permiten unha estreita monitorización do paciente mediante dispositivos de autocontrol no propio domicilio, senón que permiten aos centros sanitarios ou sociais incorporar sinais de alarma e sistemas de análise de información intelixentes.

O desenvolvemento e a implantación dos recursos tecnolóxicos son esenciais para organizar a información, permitindo a súa explotación e a automatización dos procesos. A análise dos datos axuda a planificar, xestionar e mellorar a calidade da atención aos pacientes xa que posibilita un modelo de xestión diferente dos pacientes crónicos, que en ocasións poden estar relacionados co espazo sociosanitario aínda que non sempre. Non só permiten conseguir unha mellora significativa dos resultados en saúde, senón tamén un incremento no nivel de satisfacción dos usuarios e as súas familias, o que supón grandes aforros para o sistema sanitario.

Ademais, permiten o impulso de programas de atención sociosanitaria centrados no paciente e no seu contorno que conducen a unha asistencia personalizada. A elevada dispersión xeográfica de Galicia fai que a teleasistencia e a telemonitorización sexan especialmente útiles para facilitar o acceso á asistencia sanitaria a un maior número de cidadáns, no menor tempo posible, evitando desprazamentos e optimizando os recursos sanitarios. Esta peculiaridade xeográfica é un elemento que dificulta a atención e sostibilidade dos servizos sociais e sanitarios, e que supuxo que se orientaran a dar un servizo reactivo e non proactivo.

O concepto de “Fogar dixital” é unha estratexia global da Xunta de Galicia mediante a cal se habilitará a prestación de distintos servizos públicos no fogar do cidadán, entre eles o sociosanitario. Neste aspecto, o “Fogar dixital asistencial” enmarcado dentro do Plan Innova Saúde, pretende ofrecer produtos e servizos innovadores para mellorar a calidade de vida do cidadán tanto no fogar como no resto de contornos sociais. Está orientado principalmente ao seguimento de patoloxías de carácter crónico, e permite ser unha canle de acceso aos servizos sanitarios utilizados polos pacientes ou polos seus cuidadores.

Calquera iniciativa futura no sector sociosanitario debería considerar potenciais liñas europeas de traballo n innovación e investigación, abordando o envellecemento activo e saudable. Deste modo poderíase proveer un novo modelo de servizos sociais e sanitarios de maior calidade e eficiencia, que atendese ás necesidades crecentes da poboación con perfil sociosanitario, cunha posibilidade real de implantación de novos modelos de atención sociosanitaria que precisan a colaboración de todos os axentes públicos e privados involucrados no sector.

### 3.3. FASE 3: Liñas de actuación e plan de acción

#### 3.3.1. Liñas de actuación xerais

Unha vez analizada a situación actual, presentada a matriz DAFO e establecidos os perfís que se abordan desde o ámbito sociosanitario, establécense as liñas de actuación xerais, específicas e as iniciativas do Plan marco, así como a súa priorización e calendario de implantación para os próximos catro anos. Estas liñas poden xustificar as necesidades de actuación sociosanitaria desde o punto de vista do Servizo Galego de Saúde.

O Plan marco define **tres liñas de actuación xerais** que se deben alcanzar:

- 1. Conseguir un sistema de atención compartido e coordinado entre a rede de servizos sociais e sanitarios, desenvolvendo instrumentos de xestión que permitan a súa confluencia**
- 2. Identificar e atender as persoas con necesidades de atención sociosanitaria no ámbito sanitario**
- 3. Garantir o nivel de excelencia futura a través da innovación, o desenvolvemento dos sistemas de información e a promoción das novas tecnoloxías**

Respecto á primeira liña de actuación xeral, o diagnóstico de situación reflicte unha necesidade de levar a cabo accións destinadas á mellora do contorno sociosanitario desde o ámbito sanitario co fin de:

- Lograr unha mellor calidade asistencial proporcionando a máxima satisfacción a usuarios e familias.
- Asegurar o acceso aos recursos, de maneira uniforme en todo o territorio, desde calquera nivel de atención sanitaria.
- Potenciar no ámbito sanitario a coordinación sanitaria e social.
- Conseguir unha maior implicación dos profesionais e cidadáns no sistema de coidados.

Nesta liña, e de acordo coa Estratexia Sergas 2014, recóllense os programas de xestión de casos que reforzan o rol dos profesionais de enfermaría e traballadores sociais na atención sociosanitaria coa finalidade de prestar unha atención coordinada que asegure que os pacientes obterán a atención ás súas necesidades no lugar máis adecuado para eles, xa sexa no seu domicilio ou na comunidade, tratando de diminuír as probabilidades de descompensacións ou a gravidade destas.

Tamén se intenta dar un paso adiante e fomentar o coñecemento mutuo e a interrelación entre a rede sanitaria e social en relación coa atención sociosanitaria, promovendo acordos entre a Consellería de Sanidade e a Consellería de Traballo e Benestar, así como con outros axentes im-

plicados no sector. Ademais, débese prestar unha atención de calidade que respecte as vontades das persoas, mellorando a eficiencia do sistema e apoiando o coidador formal e informal.

Respecto á segunda liña de actuación xeral, a análise de situación permite identificar un colectivo de pacientes con perfil sociosanitario nos cales conflúen de maneira simultánea unha necesidade médica, unha necesidade funcional e social. Para isto deben desenvolverse ferramentas de identificación de pacientes con risco de precisar atención sociosanitaria. Con este obxectivo o Servizo Galego de Saúde pretende a identificación destes pacientes coa intención de mellorar as prestacións e conseguir a máxima satisfacción dos usuarios tendo como obxectivo garantir que o máximo número de pacientes con perfil sociosanitario teñan a atención sanitaria que necesitan.

A terceira liña de actuación xeral trata de garantir o nivel de excelencia futura incorporando as novas tecnoloxías, para o cal cómpre coñecer e aproveitar ao máximo as oportunidades ofrecidas polos recursos tecnolóxicos, dotando o sector sociosanitario dos medios adecuados, desenvolvendo os sistemas de información específicos e preparando tanto aos profesionais como aos usuarios para o seu uso. Ademais, e non só por ser unha das liñas prioritarias das políticas europeas, considérase un sector no que a innovación pode permitir mellorar a eficiencia do sistema e a calidade de vida das persoas.

### 3.3.2. Liñas de actuación específicas e iniciativas

Para poder levar a cabo as liñas de actuación xerais mencionadas no punto anterior concretáronse **7 liñas de actuación específicas e 28 iniciativas** que se presentan a continuación.



## LIÑA DE ACTUACIÓN XERAL 1

### 1. Conseguir un sistema de atención compartido e coordinado entre a rede de servizos sociais e sanitarios, desenvolvendo instrumentos de xestión que permitan a súa confluencia

#### Liñas de actuación específicas

##### 1.1 Definir unha carteira de servizos sociosanitarios única e o seu sistema de acceso

#### Iniciativas

1. Actualizar a información dos rexistros dos recursos sociosanitarios sinalando os centros, servizos e programas, os criterios que se deben cumprir, así como a carteira de servizos e o perfil do paciente a que están destinados, promovendo a compatibilidade tecnolóxica para a integración da información sanitaria e social.
2. Establecer un procedemento de acceso homoxéneo aos recursos sociosanitarios para todas as institucións públicas, a través de programas de xestión de casos.
3. Fomentar o desenvolvemento de equipos de enlace e xestión de casos no marco de cada área sanitaria reforzando o rol dos profesionais de enfermaría e traballadores sociais.

##### 1.2 Mellorar e fomentar a coordinación entre os servizos sanitarios e sociais, a través dunha planificación conxunta

#### Iniciativas

4. Analizar a situación das estratexias sociosanitarias dentro do ámbito do Comité de planificación sociosanitaria de Galicia.
5. Desenvolver programas e servizos para atender as persoas con necesidades sociosanitarias mediante a planificación conxunta buscando o equilibrio interterritorial na súa oferta, no marco de cada área sanitaria.
6. Promover o desenvolvemento de recursos sociosanitarios intermedios con estadías de duración limitada en coordinación con servizos sociais establecendo o procedemento de entrada, de seguimento e de saída adecuado a cada perfil.
7. Promover acordos conxuntos de colaboración interinstitucionais, interconsellerías, relacionados cos perfís de pacientes con necesidades sociosanitarias, co fin de conseguir un proceso de atención continuada e integrada, priorizando a atención a persoas maiores e con enfermidade mental en función das necesidades, tendo en conta o volume e o impacto social.
8. Fomentar actividades de coordinación entre os profesionais sanitarios e de servizos sociais, recollendo os procedementos en manuais específicos.
9. Promover o seguimento conxunto dos pacientes con perfil sociosanitario no momento da alta hospitalaria.
10. Establecer mecanismos de coordinación a nivel institucional que permitan a xestión e a avaliación áxil de casos de alta complexidade.
11. Desenvolver actividades formativas conxuntas para os profesionais, promovendo o desenvolvemento da investigación e de estudos específicos.
12. Estudar novas fórmulas de financiamento conxunto no ámbito sanitario e social.

### 1.3 Potenciar a colaboración conxunta dos servizos sanitarios e sociais con outras entidades

#### Iniciativas

13. Promover acordos conxuntos de colaboración con entidades sen ánimo de lucro.
14. Promover acordos conxuntos de colaboración con organismos oficiais, universidades e outros provedores expertos.

### 1.4 Potenciar a prestación dunha atención personalizada e de calidade, mellorando a eficiencia. Apoio ao cuidador/a formal e informal

#### Iniciativas

15. Impulsar medidas de asesoramento e formación aos cuidadores informais.
16. Apoio ao cuidador informal potenciando os grupos de autoaxuda e voluntariado.
17. Potenciar o papel dos profesionais de atención primaria, na atención aos cuidadores habituais e aos familiares de persoas dependentes (atención, información e formación).
18. Apoiar as familias e cuidadores na atención aos pacientes con perfil sociosanitario facilitándolles a busca de recursos, o acceso á información e facilitando a xestión dos procedementos nos trámites sociais e sanitarios básicos necesarios.
19. Impulsar medidas de apoio, asesoramento e formación aos cuidadores formais ou profesionais.

## LIÑA DE ACTUACIÓN XERAL 2

### 2. Identificar e atender ás persoas con necesidades de atención sociosanitarias no ámbito sanitario

#### Liña de actuación específica

#### 2.1 Desenvolver ferramentas de identificación de pacientes con risco de perfil sociosanitario

#### Iniciativas

20. Establecer ferramentas de detección de necesidades sociosanitarias e/ou en risco de emerxencia social na área sanitaria.
21. Potenciar a detección proactiva de pacientes con perfil sociosanitario, captando as persoas en situación de risco.
22. Habilitar na historia clínica electrónica ferramentas que permitan agrupar as características dos pacientes en risco de necesitar atención sociosanitaria.

### LIÑA DE ACTUACIÓN XERAL 3

#### 3. Garantir o nivel de excelencia futura a través da innovación, o desenvolvemento de sistemas de información e a promoción das novas tecnoloxías

##### Liñas de actuación específica

##### 3.1 Aposta polas novas tecnoloxías e a innovación na atención sociosanitaria: teleasistencia, telemedicina

###### Iniciativas

23. Desenvolver programas e incorporar os recursos tecnolóxicos e o uso das TIC á asistencia sociosanitaria no domicilio do paciente e evitar a súa institucionalización tal como se recolle no proxecto Innova Saúde, dentro do cal se encontra o programa “Fogar dixital”.
24. Mellorar a eficiencia, fomentando o desenvolvemento conxunto de programas e avances técnicos aplicables ao sector sociosanitario a través de acordos institucionais coa Consellería de Traballo e Benestar ou outras consellerías, a universidade e provedores neste campo.

##### Liñas de actuación específica

##### 3.2 Adaptar e desenvolver os sistemas de información, incorporando os datos referidos á atención sociosanitaria

###### Iniciativas:

25. Difundir e promover a necesidade de rexistrar a información do contorno social dos pacientes na historia clínica electrónica.
26. Incorporar aos sistemas de información do Sergas a posibilidade de explotación e análise de datos referidos á atención sociosanitaria, co fin de adecuar os recursos e servizos ás súas necesidades reais.
27. Promover o rexistro e codificación dos diagnósticos complementarios que favorecen a identificación dos pacientes con risco de necesidade de atención sociosanitaria, agrupándoos por perfís.
28. Promover a análise dos sistemas de información para coñecer as necesidades sociosanitarias en cada área.

### 3.3.3. Indicadores de avaliación e seguimento

Ver Anexo I

### 3.3.4. Financiamento

Os servizos definidos como sociosanitarios dividen o seu custo en dous módulos que representan os servizos sanitarios e sociais prestados. As achegas do usuario deben colaborar en garantir a sustentabilidade do sistema dentro dun marco de equidade e transparencia, como principio relativo á súa participación no financiamento do custo do servizo tendo en conta que:

- O módulo sanitario é de prestación universal e o seu financiamento nestes momentos é público na súa maior parte.
- O módulo social actualmente finánciase a través de achegas públicas e de achegas dos propios beneficiarios, sendo este módulo subsidiario do copagamento.

Os usuarios dos servizos sociosanitarios precisan dunha oferta integrada de servizos, que debendo estar ben diferenciados tanto pola súa dependencia como polo seu tipo de financiamento, necesitan unha axencia de financiamento conxunta para que traballen sinerxicamente sobre o mesmo usuario.

O proceso pode levarse a cabo mediante a creación dunha caixa común que permita o financiamento clásico de servizos de acordo co orzamento, ou mediante a xeración de novos incentivos adicionais non soamente económicos para estimular o cambio en determinados servizos.

O máis importante é que permitiría a planificación dun modelo de actuación diferenciando claramente a prestación social e sanitaria, o cal facilita o establecemento de fórmulas de achega económica por parte do usuario no que respecta ao factor residencial. De feito, no estudo do mapa de recursos sociosanitarios de Galicia menciónase que o autofinanciamento é a vía de financiamento máis frecuente por parte dos usuarios.

### 3.3.5. Plan de acción: priorización de iniciativas e calendario de actuacións

O desenvolvemento das iniciativas do Plan marco de atención sociosanitaria para o período 2013-2016 priorizouse e plasmouse nun cronograma de actuacións, que unha vez aprobado polo Servizo Galego de Saúde, deberá ser supervisado e avaliado por unha comisión de seguimento que se reunirá periodicamente.

INICIATIVAS	PRIORIDADE P1:Curto prazo P2:Medio Prazo P3:Longo Prazo	PERIODO DE EXECUCIÓN			
		2013	2014	2015	2016
1. Actualizar e engadir información aos rexistros dos recursos sociosanitarios sinalando os centros, servizos e programas, os criterios que se deben cumprir, así como a carteira de servizos e o perfil do paciente a que están destinados, promovendo a compatibilidade tecnolóxica para a integración da información sanitaria e social.	P1	X			
2. Establecer un procedemento de acceso homoxéneo aos recursos sociosanitarios para todas as institucións públicas, a través de programas de xestión de casos.	P2		X		
3. Fomentar o desenvolvemento de equipos de enlace e xestión de casos no marco de cada área sanitaria reforzando o rol dos profesionais de enfermaría e traballadores sociais.	P2		X		
4. Analizar a situación das estratexias sociosanitarias dentro do ámbito do Comité de planificación sociosanitaria de Galicia.	P1	X			
5. Desenvolver programas e servizos para atender as persoas con necesidades sociosanitarias mediante a planificación conxunta buscando o equilibrio interterritorial na oferta destes, no marco de cada área sanitaria.	P2			X	
6. Promover o desenvolvemento de recursos sociosanitarios intermedios con estadias de duración limitada en coordinación con servizos sociais establecendo o procedemento de entrada, seguimento e de saída adecuado a cada perfil.	P2			X	
7. Promover acordos conxuntos de colaboración interinstitucionais, interconsellerías, relacionados cos perfís de pacientes con necesidades sociosanitarias, co fin de conseguir un proceso de atención continuada e integrada, priorizando a atención a persoas maiores e con enfermidade mental en función das necesidades, tendo en conta o volume e o impacto social.	P1	X			
8. Fomentar actividades de coordinación entre os profesionais sanitarios e de servizos sociais, recollendo os procedementos en manuais específicos.	P1	X			
9. Promover o seguimento conxunto dos pacientes con perfil sociosanitario no momento da alta hospitalaria.	P3				X
10. Establecer mecanismos de coordinación a nivel institucional que permitan a xestión e avaliación áxil de casos de alta complexidade.	P2			X	
11. Desenvolver actividades formativas conxuntas para os profesionais, promovendo o desenvolvemento da investigación e de estudos específicos.	P2		X		
12. Estudar novas fórmulas de financiamento conxunto no ámbito sanitario e social.	P2			X	
13. Promover acordos conxuntos de colaboración con entidades sen ánimo de lucro.	P3				X
14. Promover acordos conxuntos de colaboración con organismos oficiais, universidades e outros provedores expertos.	P2		X		
15. Impulsar medidas de asesoramento e formación aos cuidadores informais.	P2		X		
16. Apoio ao cuidador informal potenciando os grupos de autoaxuda e voluntariado.	P2			X	
17. Potenciar o papel dos profesionais de atención primaria, na atención aos cuidadores habituais e aos familiares de persoas dependentes (atención, información e formación).	P2			X	
18. Apoiar as familias e cuidadores na atención aos pacientes con perfil sociosanitario facilitándolles a busca de recursos, o acceso á información e facilitando a xestión dos procedementos nos trámites sociais e sanitarios básicos necesarios.	P2			X	
19. Impulsar medidas de apoio, asesoramento e formación aos cuidadores formais/profesionais.	P1	X			
20. Establecer ferramentas de detección de necesidades sociosanitarias e/ou en risco de emerxencia social na área sanitaria.	P3				X
21. Potenciar a detección proactiva de pacientes con perfil sociosanitario, captando as persoas en situación de risco.	P2			X	
22. Habilitar na historia clínica electrónica ferramentas que permitan agrupar as características dos pacientes en risco de necesitar atención sociosanitaria.	P2		X		
23. Desenvolver programas e incorporar os recursos tecnolóxicos e o uso das TIC á asistencia sociosanitaria no domicilio do paciente e evitar a súa institucionalización, tal como se recolle no proxecto Innova Saúde.	P2			X	
24. Mellorar a eficiencia, fomentando o desenvolvemento conxunto de programas innovadores e avances técnicos aplicables ao sector sociosanitario a través de acordos institucionais coa Consellería de Traballo e Benestar ou outras consellerías, a universidade e provedores neste campo.	P3				X
25. Difundir e promover a necesidade de rexistrar a información do contorno social dos pacientes na historia clínica electrónica.	P2		X		
26. Incorporar aos sistemas de información do Sergas a posibilidade de explotación e análise de datos referidos á atención sociosanitaria, co fin de adecuar os recursos e servizos ás súas necesidades reais.	P3				X
27. Promover o rexistro e a codificación dos diagnósticos complementarios que favorecen a identificación dos pacientes con risco de necesidade de atención sociosanitaria, agrupándoos por perfís.	P2		X		
28. Promover a análise dos sistemas de información para coñecer as necesidades sociosanitarias en cada área.	P3				X



# ANEXOS





## **ANEXO I**

### **Indicadores de avaliación e seguimento**

LIÑAS DE ACTUACIÓN E INICIATIVAS  
PLAN MARCO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE GALICIA

LIÑAS DE ACTUACIÓN XERAIS	LIÑAS DE ACTUACIÓN ESPECÍFICAS	INICIATIVAS	INDICADORES
1. Conseguir un sistema de atención compartido e coordinado entre as redes de servizos social e sanitaria, desenvolvendo instrumentos de xestión que permitan a súa confluencia.	1.1. Definir unha carteira de servizos sociosanitarios única e o seu sistema de acceso.	1. Actualizar a información dos <b>registros dos recursos</b> sociosanitarios sinalando os centros, servizos e programas, os criterios que se deben cumprir, así como a carteira de servizos e o perfil do paciente ao cal están destinados, promovendo a compatibilidade <b>tecnolóxica</b> para a integración da información sanitaria e social.	1 - ENTREGABLE: elaboración de documento coas iniciativas descritas 2 - Implantación dos criterios definidos en registros de centros para facilitar a súa explotación en REXCE 3 - Nº de centros, servizos ou programas que se inclúen cos ditos criterios
		2. Establecer un procedemento de acceso homoxéneo aos recursos sociosanitarios para todas as institucións públicas, a través de programas de <b>xestión de casos</b> .	1 - ENTREGABLE: elaboración do circuíto de acceso
		3. Fomentar o desenvolvemento de equipos de enlace e xestión de casos no marco de cada área sanitaria reforzando o rol dos profesionais de enfermaría e traballadores sociais.	1 - Nº de equipos de enlace e xestión de casos creados 2 - Nº de casos atendidos
	1.2 Mellorar e fomentar a coordinación entre os servizos sanitarios e sociais, a través dunha planificación conxunta.	4. Analizar a situación das estratexias sociosanitarias dentro do ámbito do Comité de planificación sociosanitaria de Galicia.	1 - Nº de reunións do comité sociosanitario
		5. Desenvolver programas e servizos para atender as persoas con necesidades sociosanitarias mediante a planificación conxunta buscando o equilibrio interterritorial na oferta destes, no marco de cada área sanitaria.	1 - Nº de programas elaborados 2 - Nº de servizos realizados
		6. Promover o desenvolvemento de recursos sociosanitarios intermedios con <b>estadías de duración limitada</b> en coordinación con servizos sociais establecendo o procedemento de entrada, seguimento e de saída adecuado a cada perfil.	1 - ENTREGABLE: elaboración de documento que detalle o sistema de acceso a recursos intermedios 2 - Nº de recursos <b>SOCIOSANITARIOS INTERMEDIOS</b> creados 3 - Nº de prazas dispoñibles nos ditos recursos 4 - Nº de beneficiarios
		7. Promover <b>acordos</b> conxuntos de colaboración interinstitucionais, interconsellerías, relacionados cos <b>perfis</b> de pacientes con necesidades sociosanitarias, co fin de conseguir un proceso de atención continuada e integrada, priorizando a atención a <b>persoas maiores e con enfermidade mental</b> en función das necesidades, tendo en conta o volume e o impacto social.	1 - ENTREGABLE: proceso de atención continuada. 2 - Nº de acordos conxuntos subscritos 3 - Nº de beneficiarios
		8. Fomentar actividades de <b>coordinación</b> entre os profesionais sanitarios e de servizos sociais, recollendo os procedementos en manuais específicos.	1 - Nº de reunións mantidas 2 - Nº de procedementos comúns elaborados
		9. Promover o seguimento conxunto dos pacientes con perfil sociosanitario no momento da alta hospitalaria.	1 - ENTREGABLE: establecer o sistema de acceso do traballador social á historia clínica electrónica para o rexistro da súa información 2 - Porcentaxe de pacientes con informe social no momento da alta hospitalaria 3 - Porcentaxe de pacientes con valoración de risco sociosanitario hospitalario na súa historia clínica electrónica
		10. Establecer mecanismos de coordinación a nivel institucional que permitan a xestión e a avaliación áxil de casos de alta complexidade.	1 - Nº de reunións para a avaliación de casos de alta complexidade. 2 - Nº de pacientes atendidos con perfil sociosanitario de alta complexidade
		11. Desenvolver actividades <b>formativas conxuntas para os profesionais</b> , promovendo o desenvolvemento da investigación e de estudos específicos.	1 - Nº de cursos ou actividades formativas de temática sociosanitaria conxuntas anuais 2 - Nº de estudos ou proxectos de investigación sociosanitaria desenvolvidos conxuntamente
	12. Estudar novas fórmulas de financiamento conxunto no ámbito sanitario e social.	1 - ENTREGABLE: informe de novas fórmulas de financiamento propostas e o seu resultado. 2 - Nº de actividades realizadas financiadas conxuntamente.	
	1.3 Potenciar a colaboración conxunta dos servizos sanitarios e sociais con outras entidades.	13. Promover acordos conxuntos de colaboración con entidades sen ánimo de lucro.	1 - Nº de acordos promovidos ao abeiro desta iniciativa con entidades sen ánimo de lucro
		14. Promover acordos conxuntos de colaboración con organismos oficiais, universidades e outros provedores expertos.	1 - Nº de acordos promovidos ao abeiro desta iniciativa coas ditas entidades.
	1.4 Potenciar a prestación dunha atención personalizada e de calidade, mellorando a eficiencia. Apoio ao cuidador/a formal e informal.	15. Impulsar medidas de asesoramento e <b>formación</b> aos cuidadores informais.	1 - Nº de medidas de apoio, programas de asesoramento ou cursos de formación dirixidos a cuidadores informais
16. Apoio ao cuidador informal potenciando os grupos de autoaxuda e voluntariado.		1 - Nº de grupos de autoayuda y voluntariado creados anualmente	
17. Potenciar o papel dos profesionais de Atención Primaria, na atención aos cuidadores habituais e aos familiares de persoas dependentes (atención, información e formación)		1 - Nº de grupos creados en Atención Primaria con cuidadores e/ou familiares	
18. Apoiar as familias e cuidadores na atención aos pacientes con perfil sociosanitario facilitándolles a busca de recursos, o acceso á información e facilitando a xestión dos procedementos nos trámites sociais e sanitarios básicos necesarios.		1 - Enquisa sobre apoio a familias e cuidadores por parte de Atención Primaria, Especializada ou servizos sociais e grao de satisfacción	
19. Impulsar medidas de apoio, asesoramento e <b>formación</b> aos cuidadores formais ou profesionais		1 - Nº de actividades conxuntas (programas, asesoramento ou cursos de formación) dirixidos a cuidadores formais	
2. Identificar e atender as persoas con necesidades de atención sociosanitaria no ámbito sanitario.	2.1 Desenvolver ferramentas de identificación de pacientes con risco de perfil sociosanitario	20. Establecer ferramentas de detección de necesidades sociosanitarias e/ou en risco de emerxencia social na área sanitaria.	1 - Nº de programas ou ferramentas creadas para a detección de necesidades
		21. Potenciar a detección proactiva de pacientes con perfil sociosanitario, captando as persoas en situación de risco.	1 - ENTREGABLE: elaboración de documento para definir procedemento de detección proactiva de pacientes con perfil sociosanitario 2 - Nº de persoas con perfil sociosanitario detectados en atención primaria
		22. Habilitar na historia clínica electrónica ferramentas que permitan agrupar as características dos pacientes en risco de necesitar atención sociosanitaria	1 - ENTREGABLE: habilitar na historia clínica sistemas para identificar risco de atención sociosanitaria
3. Garantir o nivel de excelencia futura a través da innovación, desenvolvemento dos sistemas de información e promoción das novas tecnoloxías.	3.1 Aposta polas novas tecnoloxías e a innovación na atención sociosanitaria. Teleasistencia, telemedicina, telemonitorización	23. Desenvolver programas e incorporar os recursos tecnolóxicos e o uso das TIC á asistencia sociosanitaria no domicilio do paciente e evitar a súa institucionalización, tal como se recolle no proxecto <b>Innova Saúde</b> , dentro do cal se encontra o programa " <b>Fogar dixital</b> ".	1 - Nº de programas sociosanitarios realizados en domicilio usando recursos tecnolóxicos e TIC 2 - Nº de persoas que utilizan recursos tecnolóxicos facilitadores da permanencia no seu contorno 3 - Nº registros de teleasistencia
		24. Mellorar a eficiencia, fomentando o desenvolvemento conxunto de programas innovadores e avances técnicos aplicables ao sector sociosanitario a través de acordos institucionais coa Consellería de Traballo e Benestar ou outras consellerías, a universidade e provedores neste campo.	1 - Nº de programas conxuntos 2 - Nº de recursos ou aplicacións TIC incorporados á asistencia sociosanitaria
	3.2 Adaptar e desenvolver os sistemas de información, incorporando os datos referidos á atención sociosanitaria.	25. Difundir e promover a necesidade de rexistrar a información do contorno social dos pacientes na historia clínica electrónica.	1 - Nº de informes sociais rexistrados na historia clínica electrónica
		26. Incorporar aos sistemas de información do Sergas a posibilidade de explotación e análise de datos referidos á atención sociosanitaria, co fin de adecuar os recursos e servizos ás súas necesidades reais.	1 - Nº reunións para implantación da información 2 - Nº de informes de seguimento de actividade desde os sistemas de información
		27. Promover o rexistro e a codificación dos diagnósticos complementarios que favorecen a identificación dos pacientes con risco de necesidade de atención sociosanitaria, agrupándoos por perfís.	1 - Porcentaxe de historias con rexistro e/ou codificación en lanus de diagnósticos complementarios 2 - Nº accións formativas a profesionais para a codificación
		28. Promover a análise dos sistemas de información para coñecer as necesidades sociosanitarias en cada área	ENTREGABLES: Elaboración de documento que defina perfil sociosanitario, estadías evitables de causa sociosanitaria e programas de atención domiciliaria 1 - Porcentaxe de pacientes con perfil sociosanitario atendidos en urxencias hospitalarias 2 - Nº de estadías evitables de causa sociosanitaria 3 - Nº de persoas atendidas en programas de atención domiciliaria



## ANEXO II

### Lexislación actual aplicable no ámbito sociosanitario en Galicia

Na Comunidade Autónoma galega, desde a Consellería de Sanidade dispónse da seguinte regulación relacionada co sector sociosanitario que se presenta ordenada cronoloxicamente:

- Orde do 23 de outubro de 1998 pola que se regulan os centros de rehabilitación psicosocial e laboral para enfermos mentais crónicos como desenvolvemento dos dispositivos de apoio comunitario.
- Decreto 347/2002, do 5 de decembro, polo que se regulan os pisos protexidos, vivendas de transición e unidades residenciais para persoas con trastornos mentais persistentes.
- Real decreto 1277/2003, do 10 de outubro, polo que se establecen as bases xerais sobre autorización de centros, servizos e establecementos sanitarios.
- Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia. Creación da Comisión Interdepartamental de Coordinación Sociosanitaria de Galicia. Artigo 137.
- Decreto 12/2009, do 8 de xaneiro, polo que se regula a autorización de centros, servizos e establecementos sanitarios.
- Decreto 43/2013, de 21 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica do Servizo Galego de Saúde.
- Orde conxunta do 7 de agosto de 2009, da Consellería de Sanidade e da Consellería de Traballo e Benestar, pola que se crea o comité de planificación de Atención Sociosanitaria vinculado á Comisión Interdepartamental de Coordinación de Atención Sociosanitaria de Galicia.
- Decreto 168/2010, do 7 de outubro, polo que se regula a estrutura organizativa de xestión integrada do Servizo Galego de Saúde. “As estruturas de xestión integrada asumirán, con autonomía funcional, prestacións, programas da atención sanitaria, tanto do nivel de atención primaria como especializada, así como sociosanitaria e de promoción e protección da saúde”.
- Orde do 9 de xaneiro de 2012, pola que se establecen as bases reguladoras e se convocan axudas, en réxime de concorrencia competitiva, ás entidades privadas sen ánimo de lucro para a realización de programas de incorporación social en vivendas para pacientes estabilizados nas unidades asistenciais con especialización en drogodependencias da Comunidade Autónoma de Galicia.
- Orde do 9 de xaneiro de 2012, pola que se establecen as bases reguladoras e se convocan subvencións, en réxime de concorrencia competitiva, ás entidades privadas sen ánimo de lucro para a realización de programas de carácter sociosanitario.

## ANEXO III

### Referencias legais e documentos de interese

#### Referencias europeas

##### ■ R (98) 9 de setembro de 1998 do Consello de Europa

Define a dependencia como o “estado en que se encontran as persoas que por razóns de falta de autonomía física, psíquica ou intelectual, teñen necesidade de asistencia e/ou axuda importante para realizar as actividades da vida cotiá”.

Esta definición, que foi amplamente aceptada, propón a concorrencia de tres factores para que poidamos falar dunha situación de dependencia:

- En primeiro lugar, a existencia dunha limitación física, psíquica ou intelectual que diminúa determinadas capacidades da persoa.
- En segundo lugar, a incapacidade da persoa para realizar por si mesma as actividades da vida diaria.
- En terceiro lugar, a necesidade de asistencia ou coidados por parte dun terceiro.

#### Referencias nacionais

##### ■ Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema nacional de saúde

Define a atención sociosanitaria no seu artigo 14 como o “conxunto de coidados destinados a aqueles enfermos, xeralmente crónicos, que polas súas especiais características se poden beneficiar da actuación simultánea e sinérxica dos servizos sanitarios e sociais para aumentar a súa autonomía, paliar as súas limitacións ou sufrimentos e facilitar a súa reinserción social”, especificando que se levará a cabo nos niveis de atención que cada comunidade autónoma determine e en calquera caso abranguerá:

- Os coidados sanitarios de longa duración.
- A atención sanitaria á convalecencia.
- A rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Ademais, tamén menciona a coordinación intersectorial como a continuidade do servizo garantida polos servizos sanitarios e sociais a través da adecuada coordinación entre as administracións públicas correspondentes.

##### ■ Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia

Establece tres tipos de dependencia con dous niveis cada un:

- Grao I. Dependencia moderada: cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria, polo menos unha vez ao día ou ten necesidades de apoio intermitente ou limitado para a súa autonomía persoal.

- Grao II. Dependencia severa: cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria dúas ou tres veces ao día, pero non require o apoio permanente dun coidador ou ten necesidades de apoio extenso para a súa autonomía persoal.
- Grao III. Gran dependencia: cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria varias veces ao día e, pola súa perda total de autonomía física, mental, intelectual ou sensorial, necesita o apoio indispensable e continuo doutra persoa ou ten necesidades de apoio xeneralizado para a súa autonomía persoal.

### ■ Libro branco da dependencia

O Libro branco é un documento que mostra a “radiografía” da situación da dependencia en España determinando perfís, necesidades, estimacións e variables sociodemográficas. A análise céntrase en grupos específicos, distinguindo a situación dos maiores de 65 anos e os menores desta idade, así como a necesaria cobertura sanitaria ás necesidades de dependencia. Ademais, establece criterios de coordinación entre os sistemas sanitario e social para o desenvolvemento adecuado da atención e o fomento da continuidade de cuidados.

O Libro branco asume a definición de dependencia do Consello de Europa: “aquele estado en que se encontran as persoas que, por razóns ligadas á falta ou á perda de autonomía física, psíquica ou intelectual, ten necesidade de asistencia e/ou axudas importantes co fin de realizar os actos correntes da vida diaria”

### ■ Libro branco da coordinación sociosanitaria

O Ministerio de Sanidade e Política Social elaborou a finais de 2011 un primeiro borrador do libro branco para mellorar a coordinación sociosanitaria, documento en que estivo traballando conxuntamente coas comunidades autónomas.

A idea era recoller neste libro branco as experiencias daquelas comunidades que xa impulsaron medidas neste campo, así como realizar novas reflexións. Para iso definíronse catro áreas de traballo:

- Coordinación social e sanitaria e a atención primaria da saúde e dos servizos sociais.
- Sistemas de información, organización territorial e de formación dos profesionais.
- Coordinación dos servizos de atención domiciliar e residencial.
- Apoio ás persoas coidadoras.

### ■ Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais

Ten por obxecto estruturar e regular, como servizo público, os servizos sociais en Galicia para a construción do sistema galego de benestar. Mediante a presente lei os poderes públicos galegos garanten como dereito recoñecible e exixible o dereito das persoas aos servizos sociais que lles correspondan en función da valoración obxectiva das súas necesidades, co fin de posibilitar que a súa liberdade e igualdade sexan reais e efectivas, removendo os obstáculos que impiden ou dificultan a súa plenitude e facilitando a participación de todas e todos na vida política, económica, cultural e social.

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

### Plan de promoción e atención ao benestar das persoas

Este documento reflicte os problemas formulados pola Lei de promoción da autonomía persoal, e a atención ás persoas en situación de dependencia a causa da lentitude na tramitación das situacións de dependencia, elección da prestación de axuda económica fronte á prestación de servizos ou falta de oferta de servizos adecuada aos ámbitos en que as persoas residen coa necesidade de recursos de proximidade.

Propón mellorar a xestión da demanda das persoas que solicitan o recoñecemento deste dereito a través da incorporación de novas tecnoloxías e a coordinación cos concellos, as entidades de iniciativa social e os departamentos autonómicos con competencias en atención ás persoas, así como a oferta de servizos e/ou prestacións que debe facer posible a atención a todas as persoas ás cales se lles recoñeza este dereito. Menciónase a necesidade de redefinición e diversificación dos servizos, máis adaptados ás cambiantes necesidades sociais, co incremento da carteira de servizos de proximidade que permitan prolongar as estadias no seu domicilio cos apoios necesarios.

Como eixe estratéxico propónse na xestión da demanda incrementar a resposta ás peticións de persoas que demandan atención á dependencia, primar a prestación de servizos fronte á axuda económica, garantir a permanencia das persoas en situación de dependencia no ámbito habitual asegurando a calidade dos coidados e o seguimento dos servizos e/ou prestacións ou incrementar a oferta de servizos e recursos de proximidade e velar pola súa calidade.

Como proposta na xestión da oferta de servizos deberíase incrementar a oferta pública de servizos utilizando os servizos existentes, mellorar a calidade dos servizos, adaptar a oferta ás características dos ámbitos rurais ou garantir servizos para asegurar a atención no domicilio persoal, dando resposta á vontade das persoas que desexan permanecer no seu fogar. Ademais, resulta interesante consolidar unha liña de servizos de apoio ao coidador da persoa en situación de dependencia.

## ■ Plan galego de coidados paliativos. Ano 2006

Describe os antecedentes existentes e o marco normativo en que se desenvolve; fai unha análise da situación; concreta a misión e os obxectivos e define a estrutura, funcionamento e coordinación dos dispositivos asistenciais; fai referencia á formación e á investigación e describe os sistemas de información, avaliación e seguimento.

## ■ Plan de acción integral para as persoas con discapacidade de Galicia, 2010-2013

Co obxectivo de alcanzar a participación plena das persoas con discapacidade na sociedade e na integración dos aspectos que máis afectan a este colectivo en todos os ámbitos de actuación, deseñouse este plan que trata de conseguir a igualdade real co resto da cidadanía.

## ANEXO IV

### Participantes nos grupos de traballo

#### Coordinación xeral e dirección técnica:

- M<sup>a</sup> Fernanda López Crecente. Subdirectora Xeral de Xestión Sociosanitaria e Saúde Mental. Servizo Galego de Saúde.
- José Manuel Fernández García. Xefe de Servizo de Xestión Sociosanitaria. Servizo Galego de Saúde.
- Manuel Arrojo Romero. Xefe de Servizo de Saúde Mental e Asistencia a Drogodependencias. Servizo Galego de Saúde.

#### Grupo de atención sociosanitaria de Saúde Mental e adicións:

- M<sup>a</sup> Fernanda López Crecente. Subdirectora Xeral de Xestión Sociosanitaria e Saúde Mental. Servizo Galego de Saúde.
- Manuel Arrojo Romero. Xefe de Servizo de Saúde Mental e Asistencia a Drogodependencias. Servizo Galego de Saúde.
- José Manuel Fernández García. Xefe de Servizo de Xestión Sociosanitaria. Servizo Galego de Saúde.
- Mercedes Lanza Gándara. Xefa do Servizo de Concertos. Servizo Galego de Saúde.
- Eduardo Paz Silva. Médico especialista en psiquiatría. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Servizo Galego de Saúde.
- Ignacio Gómez Reino Rodríguez. Xefe de Servizo de Psiquiatría. Complexo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde.
- Luis Rodríguez Carmona. Traballador social. Complexo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde.
- Rosa Iglesias Alonso. Xefa de Servizo de Discapacidade. Consellería de Traballo e Benestar.
- Montserrat García Cedrón. Coordinadora do Servizo de Dependencia. Consellería de Traballo e Benestar.
- Eugenia Paz Costoya. Xefa do Servizo de Inclusión Social. Consellería de Traballo e Benestar.
- Isauro Gómez Tato. Médico especialista en Psiquiatría. Unidade de Saúde Mental-Lérez. Pontevedra. Servizo Galego de Saúde.
- María Areñas Gómez. Traballadora social da Unidade de coordinación da dependencia. Consellería de Traballo e Benestar.
- Jesús Osorio López. Técnico do Servizo de Xestión Sociosanitaria. Servizo Galego de Saúde.



### Grupo de traballo sociosanitario para a atención do enfermo crónico:

- M<sup>a</sup> Fernanda López Crecente. Subdirectora Xeral de Xestión Sociosanitaria e Saúde Mental. Servizo Galego de Saúde.
- José Manuel Fernández García. Xefe de Servizo de Xestión Sociosanitaria. Servizo Galego de Saúde.
- Luz Campello García. Traballadora Social. Hospital Marítimo de Oza. Complexo Hospitalario Universitario da Coruña. Servizo Galego de Saúde.
- Antonio Pose Reino. Xefe de Servizo Medicina Interna. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago. Servizo Galego de Saúde.
- Alfonso Alonso Fachado. Médico especialista en Medicina Familiar. Centro de saúde de Carballo. Servizo Galego de Saúde.
- Manuel Vidal Fernández Fernández. DUE. Centro de saúde de Oroso. Servizo Galego de Saúde.
- Juan No Sánchez. Médico especialista en Rehabilitación. Complexo Hospitalario de Ferrol. Servizo Galego de Saúde.
- Mercedes Lanza Gándara. Xefa de Servizo de Concertos. Servizo Galego de Saúde.
- Luis Arantón Areosa. Xefe de Servizo de Integración Asistencial. Servizo Galego de Saúde.
- María del Carmen Calviño Rodríguez. Subdirectora de Coordinación de Equipamentos e Servizos para persoas maiores e con discapacidade. Consellería de Traballo e Benestar.
- Miguel Gallego Pérez. Médico. Residencia Asistida de Vigo. Consellería de Traballo e Benestar.
- Ángel Ramón López Triguero. DUE. Plan Galego de Coidados Paliativos. Servizo Galego de Saúde.
- Carlos Fernández Fraga. Médico. Plan Galego de Coidados Paliativos. Servizo Galego de Saúde.
- Isauro Gómez Tato. Médico especialista en Psiquiatría. Unidade de Saúde Mental-Lérez. Pontevedra. Servizo Galego de Saúde.
- Ana Calvo Pérez. DUE. Servizo Integración Asistencial. Servizo Galego de Saúde.
- Purificación Rodríguez Vázquez. Traballadora Social. Hospital Marítimo de Oza. Complexo Hospitalario Universitario da Coruña. Servizo Galego de Saúde.
- Teresa Cendón Alonso. Unidade de Avaluación e Control de Concertos. Pontevedra. Servizo Galego de Saúde.
- Sara Cerqueiro Pereira. Médico. Unidade de coordinación de Dependencia. Consellería de Traballo e Benestar.
- María José Gil Leal. Médico coordinador F.P. de Urgencias sanitarias 061. Servizo Galego de Saúde.
- José María Prieto González. Médico especialista en neuroloxía. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Servizo Galego de Saúde.
- Purificación Carreira Expósito. Xefa de Servizo de Equipamentos e Servizos para persoas maiores. Consellería de Traballo e Benestar.

■ **Consultoría:** Gesmédica. Xestión de proxectos e tecnoloxía médica.

## ANEXO V Bibliografía

- A. PÉREZ-RUBIO, S. SANTOS, F. J. LUQUERO, S. TAMAMES, B. CANTÓN, J.J. CASTRODEZA. Servizo de Medicina Preventiva e Saúde Pública. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. *Evaluación de la adecuación de las estancias en un hospital de tercer nivel.*
- ENRIQUE BERJANO PEIRATS E EVANGELINA GARCÍA BURGOS. *Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI.* Colección FEAPS. Madrid: FEAPS, 2010.
- FEAPS. Confederación Española de Organizaciones a favor das Persoas con Discapacidade Intelectual. *Trastornos de la salud mental en las personas con discapacidad intelectual.*
- J.L. CARRASCO. *El método estadístico en la investigación médica.* Ed. Ciencia 3. 2ª Edición.
- JOAN COSTA-FONT, JOAN GIL-TRASÍ, OSCAR MASCARILLA-MIRÓ, CAEPS, Universidade Barcelona. *Capacidad de la vivienda en propiedad como instrumento de financiación de las personas mayores en España.* PREMIO Edad&Vida 2005. Páx. 27-42.
- JULIO SÁNCHEZ FIERRO. Membro do Consello de Expertos do Instituto Europeo de Saúde e Benestar Social Instituto Europeo de Saúde e Benestar Social. *Salud y dependencia.* 2008.
- M<sup>ra</sup> DO CASTILLO GALLARDO FERNÁNDEZ, JUAN CARLOS NAVARRO ZAFRA, PEDRO CHICHARRO RODRÍGUEZ. *Relación entre el futuro sistema nacional de dependencia y la Seguridad Social, y entre aquel y el sistema nacional de salud: posibles medidas de coordinación.* 2007-2008.
- ROSA PÉREZ GIL (Ed.). *Hacia una cálida vejez: Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental.* Colección FEAPS. Madrid: FEAPS, 2002.
- Curar y cuidar. Innovación en gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar.* Bengoa R, Nuño R.2008.
- Observatorio de Persoas Maiores 2009. Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade. IM-SERSO. Instituto de Maiores e Servizos Sociais. Subdirección Xeral de Planificación Ordenación e Avaliación.
- Plan de acción integral para as persoas con discapacidade. Galicia, 2010-2013.2010. Xunta de Galicia.
- Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD).* Ano 2008. Ministerio de Sanidade e Política Social.
- Palliative care: a model for innovative health and social policies.* Novembro 2008.
- Claves para la construcción de un espacio sociosanitario,* de Antares Consulting S.A. Antares Consulting, S.A.
- ROSÓN B, VÁZQUEZ G, PRADO J. *Las TIC en el Sistema Gallego de Salud. Informática y salud.* 2011;89:14-26.

## Referencias normativas

### ■ Normativa estatal

- Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade. BOE nº 102, do 29 de abril de 1986.
- Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema nacional de saúde. BOE nº 128, do 29 de maio de 2003.
- Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia. BOE nº 299, do 15 de decembro de 2006.
- Lei orgánica 1/1981, do 6 de abril, de Estatuto de autonomía de Galicia. BOE nº 101, do 28 de abril de 1981.
- Resolución do 31 de xaneiro de 2007, do Instituto de Maiores e Servizos Sociais, pola que se establecen os prezos nos centros residenciais de persoas discapacitadas cos que se realizan concertos de reserva e ocupación de prazas.
- Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia. BOE nº 202, do 21 de agosto de 2008.
- Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia, BOE nº 15 do 17 de xaneiro de 2009.
- Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia. BOE nº 299, do 15 de decembro de 2006.

### ■ Normativa autonómica

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

## Convenios, plans e outros documentos oficiais

### ■ Ámbito internacional

- Bupa Health pulse 2010 Ageing Societies: Challenges and Opportunities. Evidence from the Bupah Health. Pulse 2010 International Health Care Survey. José-Luis Fernandez<sup>1</sup> and Julien Forder. 16 September 2010.
- Centre for European Economic Research. Discussion Paper No. 10-012 *The Social Long-term Care Insurance in Germany: Origin, Situation, Threats, and Perspectives*. Katrin Heinicke and Stephan L. Thomsen.
- Comisión das Comunidades Europeas. *Libro verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruxelas 14.10.2005.
- Department of Health of UK. *The State of Care in England*. 15/02/2010. News. Integrated Care Network. DH Care Networks.
- Instituto Europeo de Salud e Benestar Social. *Decálogo para la Dependencia*.
- Santé et Services Sociaux. *Focus on the Québec Health and Social Services System*. Québec April 2009.
- Système de Services Intégrés pour Personnes Agées en perte d'Autonomie (SIPA).

### ■ Ámbito nacional

- Ararteko, Defensor do Pobo. *Atención Sociosanitaria: una aproximación al Marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*". Informe extraordinario da institución de Ararteko ao Parlamento Vasco. Abril 2007.
- Comisión de Coordinación Sociosanitaria da Área de Saúde de Salamanca. *Protocolo de Valoración Global de Pacientes. Dirigido a detectar el riesgo social y garantizar la continuidad de cuidados de alta*. Junta de Castilla e León. Consellería de Sanidade. 2009.
- Consello Vasco de Atención Sociosanitaria. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidade. *Plan estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco. 2005-2008*.
- CVIDA, Asociación para el Cuidado de la Calidad de Vida. Instituto de Biomédica de Valencia. *El sistema estatal de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia*. 2009.
- Defensor do Pobo. *Daño cerebral sobrevenido en España: "Un acercamiento epidemiológico y sociosanitario"*. Madrid 2005.
- Xeneralidade de Cataluña. Departamento de Saúde. *Los servicios para la salud: Mirando hacia el futuro. Anteproyecto del mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública. Versión resumida*. Primeira edición: Barcelona, xullo de 2007.
- Xeneralidade de Catalunya. Departamento de Saúde. *Plan Director Sociosanitario*. 2007.
- Gobierno de Canarias. Consejería de Empleo e Asuntos Sociales. *Programa sociosanitario de Atención á Discapacidad de Canarias 2005-2010*.
- Gobierno de Navarra. Departamento de Saúde, Departamento de bienestar Social. *Plan Foral de Atención Socio Sanitaria*. Pamplona – Xuño 2000.
- Gobierno de Illes Balears. Consellería de Saúde e Consumo. *Plan de accións sanitarias no ámbito sociosanitario do servizo de Salud. 2010-2014*.

- Instituto de Información Sanitaria. Axencia de Calidade do Sistema Nacional de Saúde. Subcomisión de Sistemas de Información do SNS Ministerio de Sanidade e Política Social. *Indicadores clave de Sistema nacional de salud. Fichas técnicas*. Edición 2010.
- Instituto de Maiores e Servizos Sociais (IMSERSO). Ministerio de Traballo e Asuntos Sociais. *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*". Primeira edición 2007.
- Instituto de Maiores e Servizos Sociais (IMSERSO). Ministerio de Traballo e Asuntos Sociais. *Modelos de atención sociosanitaria una aproximación a los costes de la dependencia*. 2002.
- Xunta de Castilla y León. Consellería de Sanidade e Benestar Social *II Plan Sociosanitario de Castilla y León*. 2003. (en vigor ata o 2007).
- Xunta de Extremadura. Servizo Extremeño de Saúde. Consellería de Sanidade e Consumo. Consellería de Benestar Social. *Plan Marco de Atención Socio-Sanitaria de Extremadura 2005-2010*.
- Ministerio de Sanidade e Política Social. *Informes, Estudios e Investigación 2009 Unidad de cuidados Paliativos: Estándares e recomendaciones*.
- Ministerio de Traballo e Asuntos Sociais. Secretaría Xeral de Asuntos Sociais. Observatorio de Persoas Maiores. *Modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia*. Gregorio Rodríguez Cabrero, Julia Monserrat Codorniu. 2002.
- Plan Director Sociosanitario. *La atención a las personas con enfermedades neurodegenerativas y daño cerebral*. www.guttmann.com

## ■ Ámbito autonómico

- *Plan de Mellora da Atención Primaria de Galicia 2007-2011*.
- Xunta de Galicia Consellería de Traballo e Benestar *Plan galego das persoas maiores. Plan de actuación social Galicia. 2010-2013. Horizonte 2015*.
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade *Plan de trastornos adictivos de Galicia 2011-2016*.
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. *Plan estratéxico de saúde mental. Galicia 2006-2011*.
- Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. *Plan galego de cuidados paliativos*. Santiago de Compostela, 2007.
- Xunta de Galicia, Consellería de Traballo e Benestar. *Documento de traballo: Plan de actuación social Galicia, 2010-2013 Horizonte 2015*.
- Xunta de Galicia, Consellería de Traballo e Benestar. *Plan de acción integral para as persoas con discapacidade. Galicia 2010-2013*.
- Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde. *Estratexia SERGAS 2014. A sanidade pública ao servizo do paciente*.
- Xunta de Galicia. Sistema Público de Saúde de Galicia. *Memoria 2007*.
- Xunta de Galicia. Sistema Público de Saúde de Galicia. *Memoria 2008*.
- Xunta de Galicia. *Programa de Atención Sociosanitaria. PASOS Plan Estratéxico*. 1999.

