

Ruta Sociosanitaria

**Estrategia de Coordinación y Atención Sociosanitaria de la Comunidad de Madrid, 2017-2021**

ÍNDICE

[**1.** **INTRODUCCIÓN** 2](#_Toc484171744)

[**2.** **JUSTIFICACIÓN** 4](#_Toc484171745)

[2.1. Envejecimiento de la población, cronicidad y dependencia en España 4](#_Toc484171746)

[2.2. Situación en la Comunidad de Madrid 6](#_Toc484171747)

[2.3. Atención sociosanitaria 15](#_Toc484171748)

[**3.** **OBJETIVOS** 19](#_Toc484171749)

[**4.** **ALCANCE** 22](#_Toc484171750)

[**5.** **LÍNEAS DE INTERVENCIÓN** 23](#_Toc484171751)

[5.1 VALORACIÓN INTEGRAL DE LAS SITUACIONES PERSONALES QUE REQUIEREN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA 24](#_Toc484171752)

[5.2 ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN 26](#_Toc484171753)

[5.3 PROCEDIMIENTOS DE COORDINACIÓN DE RECURSOS Y SERVICIOS SOCIOSANITARIOS 28](#_Toc484171754)

[5.4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN 33](#_Toc484171755)

[5.5 FORMACIÓN CONTINUADA DE PROFESIONALES 36](#_Toc484171756)

[5.6 SISTEMAS DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN ECONÓMICA 38](#_Toc484171757)

[**6.** **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN** 39](#_Toc484171758)

[**7.** **CRONOGRAMA** 39](#_Toc484171759)

[**8.** **MEMORIA ECONÓMICA** 42](#_Toc484171760)

[**9.** **REFERENCIAS NORMATIVAS** 44](#_Toc484171761)

[**10.** **BIBLIOGRAFÍA** 44](#_Toc484171762)

[Otra Bibliografía Consultada 46](#_Toc484171763)

# **INTRODUCCIÓN**

La atención sociosanitaria definida en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, *"comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social"*; así mismo, se establece que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, establece en su artículo 11 como función de las Comunidades Autónomas “*establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención*”.

En consonancia con dicha Ley, el 19 de diciembre de 2011, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España1, como primer intento sistematizado por acercarse a esta cuestión compleja, pero cuyo tratamiento se hace imprescindible en los momentos actuales, en el que los sistemas de salud y de servicios sociales deben estar íntimamente coordinados en la medida en que lo importante son las necesidades concretas de las personas a quienes se dirigen.

En la Comunidad de Madrid, el actual sistema público de servicios sociales y de servicios sanitarios garantiza la protección social y la protección de la salud de todos los ciudadanos. De este modo, la atención integral del sistema público de servicios sociales prima en sus intervenciones los aspectos de prevención, promoción e inserción y destaca que las prestaciones deben posibilitar la permanencia de las personas en su entorno habitual de vida y de convivencia. Por su parte, el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid tiene por objeto hacer efectivo el derecho constitucional de protección de la salud.

La vinculación entre salud y entorno social se hace aún más evidente en las personas afectadas por problemas de discapacidad o dependencia que, en gran medida, se aborda en los objetivos de la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”2 y de la "Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid”3.

La cartera de servicios de los servicios sociales y sanitarios, respecto a la atención domiciliaria, observa una gran confluencia y precisa la coordinación institucional para dar soluciones integrales a los problemas complejos que forman parte del itinerario vital de las personas.

En este sentido, el artículo 11 de la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, expresa la necesaria coordinación del sistema público de servicios sociales con otros sistemas afines o complementarios para el bienestar social, destacando el sistema sanitario.

Así mismo, la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid3 de 2013 dedica una de sus líneas de ejecución al desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria, identificando y registrando los casos y desarrollando procesos de atención integral.

Esta coordinación sociosanitaria se puede definir como un «*conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia*».

Por tanto, para ofrecer respuestas integrales o cuidados de larga duración a las personas que presentan necesidades de cuidados sanitarios y sociales al mismo tiempo, se hace necesario establecer una adecuada coordinación entre los servicios sociales y sanitarios; esta coordinación implica la movilización y optimización de recursos de ambos ámbitos para prestar una atención eficaz que garantice la integralidad en su cobertura, estableciendo diseños compartidos en los itinerarios de atención y centrando sus actuaciones en las personas y sus necesidades.

En este marco de atención integral hay que considerar los cambios sociodemográficos y epidemiológicos actuales que plantean importantes retos en torno a los cuidados y la atención. Una población cada vez más envejecida y polimedicada, con altas tasas de discapacidad y/o dependencia y una elevada demanda asistencial en los centros sanitarios y de servicios sociales, donde las enfermedades crónicas constituyen la principal causa.

La adopción de un modelo de gestión integral de coordinación sociosanitaria responde a este nuevo perfil de necesidades e implica una mayor diversidad de los servicios y un mayor soporte comunitario.

El abordaje integral a estas personas requiere fomentar y potenciar el trabajo en equipos interdisciplinares que garanticen la continuidad de los cuidados y el seguimiento activo de las mismas en la comunidad y en su domicilio, que es en donde éstas prefieren vivir; para ello se precisan acciones e intervenciones planificadas y coordinadas entre los servicios sociales y sanitarios comunitarios, adecuadas, eficaces y eficientes, que aseguren la permanencia en el domicilio.

Bajo el marco de las distintas actuaciones que vienen desempeñándose en la Comunidad de Madrid, tanto en el ámbito sanitario como social, el colectivo de personas mayores, con o sin patología crónica asociada, es el más numeroso entre los que se ha incidido para dar respuestas adecuadas a sus necesidades de atención; no obstante, se debe tener en consideración a un sector amplio de la población de entre 0 y 65 años, con patología crónica, enfermedades sobrevenidas y/o con discapacidad psíquica, física y/o sensorial que les impiden desarrollar sus actividades cotidianas y que precisan programas y recursos específicos de atención para así poder alcanzar la mayor autonomía posible.

# **JUSTIFICACIÓN**

### Envejecimiento de la población, cronicidad y dependencia en España

Actualmente, la población española sufre un progresivo y sostenido envejecimiento. El Instituto Nacional de Estadística estima que las personas mayores de 65 años superarán el 20% de la población en el año 2020 y el 30% en el año 2050. Así mismo, se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad y/o dependencia en 2020 y que hacia 2030 doblarán su incidencia en mayores de 65 años2,4.

A medida que se han producido modificaciones en la estructura demográfica han variado las causas de enfermedad y de defunción en la población, contribuyendo también a ello cambios más amplios de carácter socioeconómico, tecnológico, político, cultural y biológi­co. Estos condicionantes han determinado el patrón epidemiológico dominante actual, representado por las patologías crónicas que con­llevan una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y provo­can efectos económicos, psicológicos y sociales importantes en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

En nuestro país, las enfermedades crónicas son la primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios2 (80% de consultas de atención primaria y 60% de ingresos hospitalarios) y dentro de éstas las enfermedades circulatorias (21,4%), respiratorias (15,5%) y el cáncer (12,4%), seguidas de otras como la diabetes, enfermedades neurodegenerativas y enfermedades digestivas. El 40% de las consultas las realiza la población mayor de 65 años, que además es la que necesita mayores cuidados continuados y más recursos sociales. El 50% de las camas de la red hospitalaria están ocupadas por mayores de 65 años, y consumen el 50% del gasto sanitario total y el 70-75% del gasto farmacéutico total.

Actualmente, la pluripatología, la comorbilidad y la limitación de las funciones básicas de la vida diaria han pasado a ser la prioridad en el abordaje terapéutico. Uno de los aspectos más relevantes es que, en este modelo o patrón de morbilidad, “la enfermedad aislada” deja de acaparar todo el protagonismo, para adquirir mayor énfasis la asociación de enfermedades (comorbilidad) y la limitación funcional que éstas imprimen.

Como consecuencia de los fenómenos anteriormente descritos, las personas mayores y otros colectivos de personas dependientes, frecuentemente se encuentran polimedicadas, para controlar o mejorar sus problemas de salud y su calidad de vida; esto conlleva que el 88,9% de los mayores de 65 años consuma algún medicamento, llegando al 93,4% en los mayores de 75 años y que el 94% de las personas que padecen enfermedades crónicas están polimedicadas4. Todo ello añade un factor de complejidad en el manejo terapéutico, con mayores problemas para un adecuado cumplimiento y adherencia terapéutica, con mayor riesgo de aparición de efectos adversos e interacciones entre los diferentes principios activos y con mayores posibilidades de cometer errores en la toma o administración de los medicamentos prescritos.

La combinación de factores de carácter demográfico, sanitario y social (el envejecimiento de la población, las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes graves y la incidencia de los accidentes laborales y de tráfico), ha ocasionado un incremento de la demanda de cuidados para personas dependientes.

Las situaciones de dependencia y la correspondiente interrelación entre los servicios sociales y salud que se distingue, de forma genérica, con el concepto "*sociosanitario*", ha tenido como consecuencia la difusión generalizada de determinadas expresiones como: "*atención sociosanitaria*", "*espacio sociosanitario*", "*red sociosanitaria*", "*centro sociosanitario*", etc., que es necesario precisar y definir de forma consensuada, entre ambos sistemas de protección social pública (sanidad y servicios sociales), con el fin de procurar una mejor provisión de servicios a los ciudadanos.

La necesidad de asistencia y/o cuidados derivada de las situaciones de dependencia ha adquirido una gran importancia social que requiere una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados. La atención de la dependencia se enmarca, por tanto, en el ámbito de los servicios sociales y sanitarios.

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia amplió la protección social, dando cobertura a las personas en situación de dependencia, reconocidas como beneficiarias, mediante el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con unas prestaciones adecuadas a su necesidad, que clasifica a las personas dependientes en diferentes grados en función de la severidad que presentan, del nivel de autonomía y de la intensidad del cuidado que requieren.

Según se publica en el Portal de la Dependencia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad5, el número total de personas beneficiarias en España a 31 de diciembre de 2016, era de 865.564 personas (que reciben un total de 1.068.967 prestaciones, siendo dos de cada tres de servicios profesionales), la cifra más elevada hasta la fecha. Tres de cada cuatro han comenzado a recibir la prestación desde enero de 2012 a diciembre de 2016.

Aunque el impacto global de la población menor de 65 años sobre la utilización de recursos sociales es inferior al causado por la población más envejecida, las necesidades sociales son, al menos, las mismas, y la repercusión y la falta de atención adecuada tienen una gran repercusión sanitaria con requerimiento de mayores recursos, personales y familiares. Dentro de estos, el colectivo de personas con una edad inferior a los tres años está constituido por un 0,16%. Las personas beneficiarias comprendidas en el tramo de edad entre 3 y 18 años suponen únicamente un 4,63% sobre el total y el restante colectivo de personas comprendidas entre los 19 y los 64 años constituye el 21,93%.

En relación al género, se puede afirmar que la dependencia presenta una feminización, ya que una gran mayoría de las personas incorporadas al sistema son mujeres (66%), mientras que los hombres suponen cuantitativamente una cantidad mucho menor (34%); a ello contribuyen la mayor esperanza de vida de las mujeres, que supone un mayor riesgo de poder encontrarse en situación de dependencia y enfermedades crónicas o de larga duración.

### Situación en la Comunidad de Madrid

#### Envejecimiento de la población

La Comunidad de Madrid tiene una población envejecida, fruto de una alta esperanza de vida y una baja fecundidad, alcanzando un peso importante la proporción de personas de 65 y más años de edad sobre el total de la población. A fecha 1 de enero de 2016, encontramos un total de 6.466.996 residentes en la Comunidad de Madrid, de los cuales, cerca del 16,8% tienen 65 años o más, con una clara feminización, ya que el 58,7% son mujeres frente al 41,3% de hombres, y las personas de 80 años o más suponen el 5,2%. La esperanza de vida en la Comunidad de Madrid es la más alta de España, alcanzando en 2014 los 84,5 años globalmente (87,0 en la mujer y 81,6 en el hombre)6.

Esta situación de envejecimiento y el aumento de las enfermedades crónicas en todas las edades, especialmente en las personas mayores, tienen un importante impacto sobre la utilización de los servicios sanitarios.

Durante el año 2015, en la Comunidad de Madrid el 96,1% de la población mayor de 64 años con derecho a la asistencia en el sistema sanitario público fue atendida en atención primaria y se produjeron 42,3 ingresos hospitalarios por cada 100 personas de esa edad (lo que supone el 40,9% de todas las altas hospitalarias). Los problemas circulatorios, básicamente crónicos, fueron el motivo principal de consulta en atención primaria en hombres (hipertensión arterial no complicada, especialmente), mientras que los problemas del aparato locomotor, sobre todo agudos, fueron la primera consulta en mujeres. Los problemas del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y los del aparato circulatorio fueron por este orden las dos primeras causas de alta hospitalaria en ambos sexos6.

#### Atención a la cronicidad

Según datos de la Encuesta Europea de Salud, realizada por el Instituto Nacional de Estadística en España en 2014, el 60,94% de la población de 15 y más años en la Comunidad de Madrid presenta alguna enfermedad o problema de salud crónico7.

Las personas con enfermedades crónicas encuentran grandes dificultades para obtener respuestas adecuadas e integrales de los sistemas de salud, frente a la pluripatolo­gía y/o comorbilidad que presentan y a las situaciones de complejidad que en éstas acontecen. Estas personas presentan limitaciones funcionales y generan una elevada demanda asistencial tanto en la red de servicios sociales como sanitarios.

Las enfermedades crónicas en general y especialmente en los mayores y en las personas con discapacidad, requieren una asistencia integral, continuada, multidimensional e interdisciplinar, que garantice la continuidad asistencial y la conciliación terapéutica entre niveles asistenciales, abandonando el modelo dicotómico (social y sanitario) que genera una asistencia discontinua y fragmentada.

El abordaje de las personas mayores pluripatológicas y polimedicadas, afectadas de enfermedades crónicas, requiere fomentar y potenciar el trabajo mediante equipos interdisciplinares, formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención de estas personas con "*complejidad clínica"*, coordinados, de forma que garanticen la continuidad en los cuidados con la máxima participación de la propia persona y de su entorno (familia y cuidadores).

Para ello es necesario establecer directrices que permitan una clasificación adecuada de estos pacientes con fines asistenciales, que diferencie las intervenciones en función de las características y complejidad de los mismos. Los modelos teóricos para el abordaje de la cronicidad apuestan por una clasificación que estratifique a los enfermos crónicos en función de su grado de complejidad o su nivel de riesgo, que permita adecuar y dimensionar los recursos limitados, a las necesidades reales, para así poder garantizar la sostenibilidad del sistema. En este sentido, se trata de identificar al grupo de población con mayor comorbilidad y especial fragilidad, es decir, clasificar a las personas con enfermedades crónicas en grupos homogéneos que tengan unos requerimientos asistenciales similares.

Una de las clasificaciones más utilizadas es la estratificación basada en la Pirámide de Kaiser Permanente (Figura 1), o su adaptación, el modelo de King´s Fund, que combina la visión social y la sanitaria como dos partes integradas de la atención que requiere el paciente (Figura 2), que facilita la clasificación de los pacientes en tres niveles de intervención, de acuerdo con su nivel de complejidad. Las personas que están en la parte superior de la pirámide representan aproximadamente el 5% de los casos, pero son los más complejos y los que consumen más recursos3.

Figura 1. Pirámide de Kaiser permanente

Figura 2. Pirámide definida por el King´s Fund en el Reino Unido



Figura 3. Población Estratificada de la Comunidad de Madrid según la complejidad de su patología crónica



Fuente: <https://informesestratificacion.salud.madrid.org/>

Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid.

En cuanto a la estratificación de la población de la Comunidad de Madrid que agrupa a las personas con enfermedades crónicas según su complejidad y nivel de riesgo (Figura 3), en el año 2016, había 2.825.231 personas con una patología crónica de baja complejidad (43% de la población), 529.633 (8%) con patologías crónicas de complejidad media y 176.569(3%) pacientes crónicos de complejidad alta8.

En este contexto, existen colectivos como las personas mayores, las personas con discapacidad física, neurosensorial e intelectual, las personas con enfermedad mental y otros colectivos frágiles, que configuran ese vértice de la pirámide, que representan la complejidad asistencial.

En general, todos estos colectivos tienen una característica común y es que cada vez, envejecen más y alcanzan mayores expectativas de vida. Esto explica que los usuarios de las residencias de mayores, en concreto, tengan una edad media que supera los 84 años y en otros colectivos, como el de las personas con discapacidad intelectual, física o sensorial y las personas con problemas de salud mental crónicos, se hayan alcanzado expectativas de vida inimaginables hace unas décadas; esta situación determina una nueva realidad asistencial para la que se precisan respuestas e intervenciones específicas diferentes a las convencionalmente adoptadas, en tanto que esta personas:

* Presentan un alto grado de deterioro físico y mental, con elevados grados de dependencia.
* Generan un gran consumo de recursos sociales y sanitarios y unas demandas de cuidados de “larga duración” cada vez más profesionalizados y especializados.
* Los centros residenciales para personas mayores, personas con discapacidad o problemas de salud mental, han evolucionado hasta convertirse en recursos especializados, para personas de edad cada vez más avanzada, altamente dependientes y con importantes necesidades asistenciales.

Por tanto, el usuario de los centros residenciales presenta unas características y un perfil complejo, heterogéneo y cambiante en el tiempo, con enfermedades crónicas y con lo que ha venido en denominarse como los "*síndromes geriátricos*: *condiciones de salud multifactoriales, típicas aunque no exclusivas de los mayores, que ocurren cuando los efectos acumulativos de deterioros, en los múltiples sistemas, tornan a las personas vulnerables, ante las demandas fisiológicas cotidianas o ante situaciones extraordinarias o fisiopatológicas"*, entre los que cabe citar la incontinencia (25-40%), caídas, desnutrición (25-40%), los trastornos psicoafectivos (50%), el deterioro cognitivo o demencia (20-45%), con importantes trastornos psicológicos y conductuales asociados que hacen especialmente difícil su manejo, así como otras enfermedades neurodegenerativas y de órgano, en fase muy avanzada9.

El perfil de los residentes, de forma mayoritaria, se corresponde con personas que presentan problemas de salud cada vez más complejos, con alta demanda de atención sanitaria en muchos casos y con necesidad de cuidados multidisciplinares que se unen a la necesidad de recursos sociales.

Por otra parte, la polimedicación en los mayores es un factor de riesgo de errores de medicación. En la Comunidad de Madrid, en el año 2015, se identificaron 350.637 personas mayores que tomaban más de 6 fármacos simultáneamente, de las que 286.869 se incluyeron en el Programa de Atención al Paciente Mayor Polimedicado de la Comunidad de Madrid10.

#### Atención a las personas en situación de dependencia

En la Comunidad de Madrid, en 2016, no existen diferencias notables en el porcentaje de los grados reconocidos mediante valoración, respecto a la demanda de atención a la dependencia, como se puede observar en la tabla 1. Las personas actualmente atendidas en la Comunidad de Madrid, reciben los servicios y prestaciones económicas que se indican en la tabla 2, recibiendo una ratio de 1,31 prestaciones por cada beneficiario5.

Tabla 1. Grados de dependencia reconocidos en la Comunidad de Madrid

|  |
| --- |
| **PERSONAS CON DERECHO A PRESTACIÓN Y BENEFICIARIOS ATENDIDOS** |
| SOLICITUDES EN VIGOR | **170.260** |   |
| VALORADAS | **168.989** | **99,25%** |
| Grado III | 45.363 | 12,5% |
| Grado II | 42.983 | 9,5% |
| Grado I | 38.806 | 10% |
| Sin Grado | 41.837 | 25% |
| **TOTAL PERSONAS DEPENDIENTES** | **127.152** |  |
| **BENEFICIARIOS ATENDIDOS** | **108.817** | **85,58%** |
| *Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas IMSERSO (diciembre2016)* |  |

Tabla 2. Servicios y prestaciones a personas atendidas en la Comunidad de Madrid

por Atención a la Dependencia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVICIOS Y PRESTACIONES RECONOCIDAS** | **%** | **Posición Madrid** |
| Atención Residencial | 22.925 | 16,09% | **3º** |
| Centro Día | 14.721 | 10,33% | **1º** |
| Ayuda Domicilio | 31.125 | 21,85% | **2º** |
| Teleasistencia | 33.250 | 23,34% | **2º** |
| Prevención y promoción autonomía personal | 3.005 | 2,11% | **5º** |
| Prestación por cuidados en el entorno familiar | 24.587 | 17,26% | **5º** |
| Prestación vinculada al servicio | 12.771 | 8,97% | **2º** |
| Prestación asistencia personal | 69 | 0,05% | **4º** |
| **TOTAL PRESTACIONES** | **142.453** | **100%** |  |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos estadísticos publicados por IMSERSO. Diciembre 2016

Respecto a los diagnósticos principales que ocasionan la situación de dependencia reconocida, considerando los datos correspondientes a los solicitantes con grado de dependencia y Programa Individual de Atención activo, se puede observar que si bien en los menores de 18 años los diagnósticos principales tienen mayor relación con retraso madurativo, psicomotor o del desarrollo, así como trastornos de espectro autista; en el caso del tramo de edad comprendidos entre los 18 y 54 años continúan persistiendo diagnósticos relacionados con la discapacidad intelectual (retraso mental, Síndrome de Down) y con la discapacidad física (parálisis cerebral infantil); mientras que a partir de los 65 años los problemas neurodegenerativos (enfermedad de Alzheimer) constituyen el diagnóstico principal.

#### Atención a las personas con discapacidad

El Plan de Acción para Personas con Discapacidad 2012-2015 incorpora un área específica de Salud, con 17 actuaciones previstas en dos programas: prevención de la discapacidad y promoción de la vida independiente y la atención sanitaria11.

Según los datos obtenidos de la base de datos de Reconocimiento de Grado de Discapacidad de la Comunidad de Madrid, hay 322.327 personas que tienen una discapacidad reconocida igual o superior al 33%. A continuación se desglosan los datos más relevantes en las Tablas 4, 5 y 6; si bien hay que tener en cuenta que muchas personas tienen reconocidas a la vez el grado de discapacidad y la situación de dependencia12.

|  |
| --- |
| Tabla 4. Tipo de discapacidad. Comunidad de Madrid |
| **DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE DISCAPACIDAD** | **2015** | **%** |
| Física | Osteoarticular | 78.509 | 24 |
| Enfermedades Crónicas | 59.350 | 18 |
| Neuromuscular | 36.933 | 11 |
| Expresiva | 2.157 | 1 |
| Mixta | 11.833 | 4 |
| Otras | 5.418 | 2 |
| Física | 194.200 | 60 |
| Psíquica | 78.323 | 24 |
| Intelectual | 34.397 | 11 |
| Enfermedad Mental | 43.926 | 14 |
| Sensorial | 49.804 | 15 |
| Sensorial | Auditiva | 22.288 | 7 |
| Visual | 27.516 | 9 |
| **TOTAL** | **322.327** | **100** |

|  |
| --- |
| **Tabla 5. PERSONAS CON DISCAPACIDAD. GRUPO DE EDAD Y SEXO.** Nº absoluto y proporción/1000 habitantes |
|  | **Hombres** | **Proporción x** **1.000 Hab** | **Mujeres** | **TOTAL** | **Proporción x 1.000 Hab** |
| De 0 a 5 años |  3.043  | 14,5 | 1.676 | 4.719 | 11,5 |
| De 6 A 17 años |  11.361  | 28,6 | 6.171 | 17.532 | 22,6 |
| De 18 a 44 años |  32.973  | 27,0 | 26.118 | 59.091 | 24,0 |
| De 45 a 64 años |  58.734  | 72,3 | 54.459 | 113.193 | 66,4 |
| De 65 y más años |  56.834  | 127,5 | 70.958 | 127.792 | 118,3 |
| **TOTAL** | **162.945** | **52,8** | **159.382** | **322.327** | **50,1** |

La Red Pública de Atención a Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid cuenta con 13.753plazas para atención a personas con discapacidad intelectual y física. De ellas, 12.229 corresponden a discapacidad intelectual y 1.524 a discapacidad física.

Dentro de las plazas de atención residencial, hay más de 1.700 en las que se atiende a usuarios con discapacidad física y/o intelectual que son grandes dependientes y con pluripatologías. Además, se está produciendo un progresivo aumento en la edad de los usuarios, lo cual hace más difícil su manejo en los entornos residenciales. Por otro lado, las personas con discapacidad presentan varios problemas de salud asociados (comorbilidad) y están polimedicadas, lo que les imprime un difícil manejo terapéutico, requiriendo a menudo supervisión de diferentes especialistas y, por tanto, el traslado frecuente a centros sanitarios.

Los centros residenciales para atención a personas con discapacidad cuentan con recursos sanitarios limitados, debiendo derivar al usuario al centro hospitalario de referencia ante cualquier variación significativa del estado de salud.

Muchos de estos usuarios, además, presentan discapacidad intelectual moderada/severa y tienen escaso entorno familiar de apoyo y cualquier desplazamiento supone una alteración emocional importante y una alta demanda de supervisión.

Las características especiales de estas personas, requieren que se instauren circuitos ágiles y dinámicos con especialistas de referencia que dispongan de una especialización o nivel de destrezas adecuadas para el manejo de estas personas con complejidad clínica y que actúe de forma coordinada con los restantes especialistas que le atienden.

Se necesita disponer de profesionales sanitarios formados en la atención a personas con discapacidad en sus diferentes variantes, así como establecer protocolos de los problemas de salud más prevalentes y relevantes de estas personas (epilepsia, trastornos de conducta, etc.), protocolos de actuación ante situaciones de urgencia y sobre cuidados al final de la vida (cuidados paliativos).

En los últimos años se ha producido un aumento significativo de las personas que presentan discapacidad intelectual y simultáneamente enfermedad mental o trastornos de conducta, especialmente entre las personas jóvenes de 18 a 30 años. La red de atención a personas con discapacidad dispone de más de 739 plazas para atención a estos colectivos tanto en atención residencial (699 plazas), como diurna. Hay dispositivos específicos de atención a los perfiles más complejos, que corresponden a personas con discapacidad intelectual límite/ligera con enfermedad mental o trastornos de conducta y existe un Servicio Especializado en Salud Mental para Personas con Discapacidad Intelectual (SESM-DI), dependiente de la Consejería de Sanidad, que da soporte a la red de atención a personas con discapacidad intelectual. En el año 2015 fueron derivados al SESM-DI 559 usuarios sobre los que se realizaron 2.891 intervenciones.

#### Atención social a las personas con enfermedad mental

La Consejería de Sanidad es la responsable de la red de recursos sanitarios de salud mental (servicios de salud mental de distrito, hospitales de día, unidades de hospitalización, etc.), a través del anterior Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-200813 y del actual Plan Estratégico de Salud Mental 2010-201414. La responsabilidad de la atención a la persona con enfermedad mental grave y duradera y la coordinación de la atención en los distintos dispositivos, asienta en los servicios de salud mental de cada distrito.

La Consejería de Políticas Sociales y Familia, desde finales de los años 80, viene desarrollando e impulsando la *Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera*15, que ofrece atención social gratuita a las personas adultas entre 18 y 65 años con discapacidades psicosociales y dificultades de integración por causa de trastornos mentales graves (esquizofrenia, trastorno bipolar y otras psicosis) que son derivadas desde los servicios de salud mental. Los centros y recursos de esta Red trabajan en una estrecha coordinación y complementariedad con la red y servicios de salud mental comunitarios, constituyendo un claro modelo de coordinación-atención sociosanitaria integral, insustituible dentro de la atención social y que resulta esencial para el apoyo en la integración social de las personas con enfermedad mental y a sus familias.

La *Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera* cuenta con un amplio y diversificado conjunto de centros y recursos específicos de atención social especializada, zonificados en el territorio de la Comunidad de Madrid (centros de rehabilitación psicosocial, centros de día de soporte social, centros de rehabilitación laboral, equipos de apoyo social comunitarios, residencias, pisos supervisados y plazas de alojamiento en pensiones; así como recursos específicos de apoyo para personas con trastorno mental en situación de exclusión sin hogar), dirigidos a personas con discapacidad derivada de la enfermedad mental grave y duradera, para promover su autonomía y su integración y ofrecer apoyo a sus familias. En el año 2015 la Red atendió a 8.174 usuarios, que suponen un incremento del 1,4% respecto a los 8.065 atendidos en 2014, de los que el 62% fueron hombres (5.074) y el 38% mujeres. En 2016 la Red cuenta con 204 centros y recursos de atención social especializada en funcionamiento, con un total de 6.214 plazas.



### Atención sociosanitaria

En el contexto descrito, determinado por el envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas, el aumento de la dependencia y la polimedicación, se hace necesario adaptar la organización de los sistemas sanitarios y social para el abordaje de la atención a las personas que presentan necesidades sociales y sanitarias de forma simultánea, mediante estrategias dirigidas a la promoción de la autonomía y atención a la dependencia; la reorientación del tradicional modelo de atención sanitaria centrado en la curación de los procesos agudos, hacia un modelo para el abordaje de la cronicidad; y la necesaria coordinación entre ambos sistemas sanitario y social, para ofrecer servicios eficientes y de calidad a un número cada vez mayor de personas que presentan necesidades de índole sanitaria y social2,3.

La interrelación entre salud y situaciones de dependencia y de necesidades de apoyo para la autonomía personal, precisa organizar y coordinar los servicios sanitarios y los servicios sociales para proporcionar una respuesta integral y eficaz a las necesidades de la población. A este respecto, cabe destacar las propuestas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, definidas en el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España de 20111, la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 20122 y el Informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre Coordinación y Atención Sociosanitariade201316.

Tal como se recoge en estos documentos, la coordinación sociosanitaria es un *"factor estratégico para la sostenibilidad del sistema sanitario y para la mejora de los servicios sociales: maximiza la eficiencia y permite ahorros, ya que posibilita una racionalización y una mayor adecuación del consumo de recursos"*. Así mismo, se consideran elementos clave de la atención sociosanitaria: la prevención, la integralidad, la coordinación interna y externa con otros niveles asistenciales, la continuidad asistencial, la interdisciplinariedad, la dimensión ética de la atención, la confidencialidad, la calidad y la atención a las necesidades y preferencias de las personas.

Como ya se ha señalado, en la Comunidad de Madrid, la coordinación y complementariedad entre la red sanitaria de salud mental del Servicio Madrileño de Salud y la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Políticas Sociales y Familia, es una muestra de adecuada atención sociosanitaria integral a las personas con trastorno mental grave crónico y complejo.

La organización y el funcionamiento de la red de centros y recursos de atención social que se ha venido desarrollando quedó establecida por el Decreto 122/1997, de 2 de octubre, en el que se estableció el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas con problemas de integración social, en diferentes centros de servicios sociales especializados, que viene a regular los objetivos, tipología de centros y prestaciones de los mismos, perfil de los usuarios, procedimientos de acceso y otros elementos que configuran el régimen jurídico del citado servicio público.

Así mismo, la Estrategia de Atención a Pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid de 20133 contempla el desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria y para el establecimiento de rutas y procesos asistenciales integrados. Al objeto de impulsar esta estrategia y la puesta en marcha de actuaciones asistenciales que desplieguen aspectos sociosanitarios en la gestión de la atención al paciente crónico, en 2014 se creó la Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria del Servicio Madrileño de Salud, mediante la Resolución 36/2014 de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria.

Por otra parte, la prevalencia de personas con deterioro cognitivo, funcional y enfermedades crónicas es cada vez mayor en los colectivos que, por distintas razones, se encuentran institucionalizadas en centros de la red pública de atención social a personas mayores, con discapacidad y con enfermedad mental grave y duradera, en los que se prestan cuidados continuados.

La atención sanitaria proporcionada por los equipos interdisciplinares de estos centros es equiparable al ámbito asistencial de atención primaria de salud, a los que se añaden los cuidados y atenciones para las actividades básicas de la vida diaria, la prevención del deterioro funcional y el mantenimiento de la autonomía de los residentes; pero además, se requieren determinadas capacitaciones y destrezas en áreas de actividad que pueden ser competencia de atención sanitaria especializada en el ámbito de los cuidados prolongados o continuados, como son los cuidados al final de la vida (paliativos), problemas cognitivos y conductuales, alimentación-nutrición, rehabilitación, enfermedades derivadas de problemas sociales en la población infantil y el maltrato infantil, entre otros.

Los equipos interdisciplinares de los centros de la red pública de atención social, con una adecuada dotación de recursos (humanos, tecnológicos y materiales), excepcionalmente necesitan remitir al usuario hacia atención primaria. Sin embargo, no ocurre así con la atención especializada (hospitalaria o no), que capitaliza la casi totalidad de las interconsultas o derivaciones de los centros residenciales. Estas derivaciones se canalizan, en numerosas ocasiones, a través de los servicios de urgencia hospitalarios, con las consiguientes complicaciones y disrupciones que genera en estas personas altamente vulnerables y frágiles.

En el caso de las personas de edad avanzada, muchas de estas disfunciones podrían evitarse mediante dispositivos alternativos de atención especializada geriátrica, que a su vez imprimirían una mayor eficiencia al sistema y una mayor calidad en la atención de estos colectivos. Todo lo anterior invita a desarrollar y poner en práctica rutas y circuitos operativos asistenciales, como así se recomienda en el Plan de Atención Geriátrica de la Comunidad de Madrid 2012-201517, que faciliten a estos colectivos frágiles una asistencia complementaria e integral a través de los servicios hospitalarios de atención geriátrica del Servicio Madrileño de Salud y permitan que las redes social y sanitaria se potencien de forma sinérgica y eficiente en beneficio del usuario.

Sin embargo, esta coordinación no siempre es fácil, dada la heterogeneidad de los centros de la red pública de atención social, la procedencia de los centros, el tipo de centros, la dotación de plantillas en el área técnico-asistencial, etc.; encontrando que este primer nivel de atención sociosanitaria, se puede proveer de distintas formas:

1. Las residencias públicas de la Agencia Madrileña de Atención Social cuentan con equipos de profesionales sociosanitarios propios que proporcionan el primer nivel de atención, habiéndose producido un importante avance en la coordinación de actuaciones con el Servicio Madrileño de Salud para la atención integral de los usuarios de las residencias o centros de día que gestiona.
2. Las residencias y centros de día concertadas con la Consejería de Políticas Sociales y Familia, que representan en la actualidad la mayoría de la oferta pública, deben contar, de igual manera, con profesionales sociosanitarios propios. Sin embargo, por sus propias características de colaboración público privada presentan una mayor complejidad para establecer un modelo de coordinación de resultados similares al desarrollado en el ámbito de los servicios de titularidad pública.
3. En cuanto a las residencias de ámbito privado, ofrecen aún mayor diversidad de modelos de coordinación; en este grupo se encuadran tanto las residencias de grandes corporaciones, con personal propio y un amplio catálogo de servicios asistenciales, como las de menor tamaño con disparidad en su oferta de atención.

Son importantes los esfuerzos realizados y las iniciativas puestas en marcha para la atención sociosanitaria, sin embargo, el contexto definido y el previsible incremento de la demanda de servicios sociales y sanitarios hacen necesario el desarrollo de fórmulas organizativas que permitan la provisión de los servicios de forma coordinada y sinérgica, articulando los dispositivos sanitarios y sociales ya existentes de un modo eficaz, así como reestructurando o creando nuevas plazas que den respuesta a las necesidades emergentes(unidades de referencia de hospitalización psiquiátrica breve para descompensaciones psicopatológicas de personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental, servicios especializados en Salud Mental para Personas con Discapacidad Intelectual (SESM-DI), plazas para discapacidad intelectual leve y trastornos de conducta, plazas hospitalarias de media-larga estancia, mini residencias para personas con enfermedad mental grave y duradera, plazas de residencias de mayores, plazas psicogeriátricas, etc.), que optimicen la eficiencia en la gestión y la atención integral de las personas, eviten duplicidades ineficientes y aseguren una cartera de servicios sociosanitarios básicos equitativa para todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid que tengan necesidad de los mismos.

La coordinación sociosanitaria debe pivotar sobre un modelo que contemple las siguientes dimensiones:

* Atención global, integral, continuada, multidimensional e interdisciplinar.
* Accesibilidad-permeabilidad, continuidad-complementariedad y optimización en la utilización de los recursos sociales y sanitarios existentes en función del proceso.
* Apuesta por el fomento de la autonomía personal, prevención de la dependencia y el mantenimiento y/o la recuperación funcional de la dependencia.
* Reorganización del conjunto de niveles asistenciales, en función del perfil de los pacientes y procesos a los que atiende, así como de las actividades y programas que se llevan a cabo.
* Equidad, flexibilidad, eficacia, eficiencia, sostenibilidad.
* Autorización, acreditación y dotación adecuada de los dispositivos asistenciales (centros y servicios).
* Racionalización y optimización del coste mediante procedimientos de compras centralizadas, servicios de atención farmacéutica, etc.
* Profesionalización, formación y cualificación de los trabajadores, incluidos los cuidadores domiciliarios, para optimizar la calidad asistencial1,16.

En estos principios de basa el establecimiento de la presente Ruta Sociosanitaria, una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria en la Comunidad Madrid, que parte del diálogo y el consenso entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Políticas Sociales y Familia, competentes e implicadas en la atención sanitaria y social a las personas e integran los sectores y agentes con responsabilidades en su provisión y financiación.

Para el diseño y elaboración de esta Ruta Sociosanitaria se han tenido en cuenta las propuestas del Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España 20111 y del Informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria16; así mismo, se han considerado las líneas establecidas en la Estrategia de Atención a Pacientes Crónicos en la Comunidad de Madrid3 para potenciar la coordinación sociosanitaria y se han integrado los programas, iniciativas y experiencias que, actualmente, se están desarrollando en la Comunidad de Madrid, tanto las impulsadas desde el ámbito social como del sanitario.

# **OBJETIVOS**

**Objetivo General**

* Ofrecer una atención integral a las personas que presentan necesidades de asistencia sanitaria y social de forma simultánea, potenciando e impulsando la coordinación y colaboración entre los servicios sanitarios y sociales de la Comunidad de Madrid.

**Objetivos Específicos**

* Implementar un sistema eficiente y sostenible que asegure una atención sociosanitaria coordinada e integral a las personas que presentan necesidades de atención sociosanitaria en la Comunidad de Madrid.
* Elaborar una cartera básica de servicios sociosanitarios de la Comunidad de Madrid, en la que se especifiquen las competencias de los diferentes profesionales que intervendrán en la gestión de casos: médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos, dietistas y otros en lo que concierne a lo sanitario y los trabajadores sociales en la gestión de recursos sociales, intervención con familias, coordinación con otras entidades e instituciones sociales, etc.
* Definir el perfil de la persona con necesidades de atención social y sanitaria de forma simultánea en el ámbito de la Comunidad de Madrid.
* Diseñar e implantar un procedimiento que permita establecer un sistema de valoración integral de las personas desde un enfoque biopsicosocial para evaluar sus necesidades de cuidados sanitarios y sociales que estandarice la elaboración y desarrollo de planes de intervención integrales personalizados en función de las necesidades sociosanitarias detectadas.
* Potenciar el trabajo multidisciplinar en la valoración de las situaciones de necesidad en la asistencia sociosanitaria de las personas tanto en su entorno familiar como en los centros de la red pública de atención social.
* Establecer un marco normativo o legislativo que dé cobertura a los programas de coordinación sociosanitaria en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.
* Establecer estructuras de coordinación estables e interdisciplinares, con profesionales de los sistemas públicos de servicios sociales y sanitarios.
* Acordar y desarrollar rutas y procesos integrados de atención sociosanitaria con criterios de derivación claros y ágiles.
* Extender y coordinar la acción de los profesionales de referencia de los sistemas públicos de servicios sociales y sanitarios, de forma que desarrolle funciones como gestores de casos sociosanitarios compartidos.
* Disponer de un sistema de información sociosanitaria compartido y accesible que facilite la toma de decisiones.
* Favorecer el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información sanitaria para la implantación y desarrollo de programas compartidos entre los centros sociales y sanitarios del Servicio Madrileño de Salud, a fin de optimizar la asistencia sanitaria.
* Promover la formación continuada de profesionales en el área de atención sociosanitaria, especialmente en el manejo de determinados colectivos especiales como el de las personas con discapacidad intelectual, patología dual (enfermedad mental y drogodependencia), personas sin hogar, etc., creando especialistas de referencia como gestores de casos.
* Favorecer la participación de profesionales de los ámbitos social y sanitario en actividades formativas conjuntas.
* Impulsar y coordinar la implantación de la Estrategia de Coordinación y Atención Sociosanitaria en la Comunidad de Madrid mediante la creación de un órgano coordinador.
* Establecer un sistema de financiación compartida entre las Consejería de Sanidad y la de Políticas Sociales y Familia para la implantación y desarrollo de la estrategia.

**Resultados esperados**

* Continuidad de los cuidados y la mejora de la calidad de los mismos.
* Mejora de la calidad de vida de las personas, de sus familias y cuidadores, procurando la permanencia en su entorno y en su domicilio particular, todo el tiempo que sea posible, con los apoyos oportunos.
* Mejora de la capacidad de respuesta de los dispositivos asistenciales, sanitarios y sociales, asignando el recurso que mejor responda a las necesidades de la persona en cada momento.
* Uso más racional de los recursos disponibles, evitando ingresos y estancias hospitalarias innecesarias, así como institucionalizaciones en centros residenciales cuando la persona pueda mantenerse en su propio domicilio con los apoyos sociales y sanitarios oportunos.
* Lograr un uso racional de los medicamentos evitando la utilización de medicamentos innecesarios y/o potencialmente inapropiados.

# **ALCANCE**

Las líneas y programas de intervención que se definen en esta Estrategia de Coordinación y Atención Sociosanitaria en la Comunidad de Madrid alcanzan a los centros, servicios y unidades tanto sociales como sanitarios, integrados en las Consejerías de Políticas Sociales y Familia y de Sanidad, respectivamente, así como a los profesionales de ambos ámbitos encargados de facilitar asistencia a las personas que presentan necesidades de atención sanitarias y sociales y ocupan plazas en centros de titularidad pública, tanto de gestión directa como indirecta. Así mismo, se contempla extender las intervenciones a aquellos centros que tengan sus plazas concertadas con la red pública de atención social.

Por tanto, la coordinación, integración y optimización entre los recursos sociales y sanitarios que persigue esta estrategia alcanzará a los dispositivos siguientes:

* Servicios sociales: atención primaria; atención especializada (residencias y centros de día en sus diferentes modalidades –de mayores, infantiles, de atención a personas con discapacidad y con enfermedad mental grave y duradera-); atención domiciliaria (ayuda a domicilio y teleasistencia); y otros dispositivos de cuidados continuados.
* Servicios sanitarios: atención primaria, atención hospitalaria (corta, media y larga estancia), servicios de urgencias, salud mental, cuidados paliativos y hospitales de día.

Así mismo, algunas de las actuaciones pueden requerir la colaboración con otros sectores, además del social y el sanitario, como el educativo y con otras instituciones públicas y privadas de los ámbitos autonómico y local.

Las actuaciones de coordinación sociosanitaria están dirigidas a aquellas personas que presentan necesidades de atención sanitaria y social de forma simultánea y a sus familiares y personas cuidadoras.

# **LÍNEAS DE INTERVENCIÓN**

A continuación se presentan los ejes fundamentales a considerar para impulsar la coordinación sociosanitaria en la Comunidad de Madrid, a través de los cuales se pretende desarrollar una atención sociosanitaria coordinada e integral centrando sus actuaciones en las necesidades de las personas. En cada una de las líneas de intervención se concretan medidas para su desarrollo específico, basándose en las directrices propuestas en el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España del entonces Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad1.

Así mismo, se han considerado los roles, herramientas y servicios definidos en la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid3, y los programas y experiencias de coordinación sociosanitaria que, actualmente, se están desarrollando en la Comunidad de Madrid, tanto las impulsadas desde el ámbito social como desde el sanitario.

Las actuaciones a desarrollar en el marco de estas líneas de intervención se llevarán a cabo a lo largo del periodo 2017-2021.

* **Valoración integral de las situaciones personales que requieren atención sociosanitaria**
* **Estructuras de coordinación**
* **Procedimientos de coordinación de recursos y servicios sociosanitarios**
* **Sistemas de información**
* **Formación continuada de los profesionales**
* **Sistemas de financiación y gestión económica**

**Líneas de intervención para impulsar la atención y coordinación sociosanitaria**

## **5.1 VALORACIÓN INTEGRAL DE LAS SITUACIONES PERSONALES QUE REQUIEREN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA**

|  |
| --- |
|  |
| **ACTUACIONES** |
| * Definición del perfil de la persona con necesidades de atención sociosanitaria en base a criterios clínicos, funcionales y sociales.
* Determinación de la población diana en función de los perfiles de necesidad y el establecimiento adecuado de prioridades en la atención.
* Establecimiento de un sistema de valoración integral, social, clínica y funcional de la persona, de su cuidador principal, así como de su entorno familiar que aporte datos básicos para evaluar la necesidad de cuidados sanitarios y de atención social, lo cual permitirá identificar su grado de fragilidad y prestarle la atención y los apoyos necesarios.
* Elaboración de planes individualizados de atención, basados en los factores sanitarios e indicadores sociales de riesgo, así como en los diagnósticos sanitarios y sociales identificados, en las necesidades de la persona y de su entorno familiar, que integre la atención socio-sanitaria.
* Generación de espacios de participación y mecanismos de expresión de los usuarios, familiares y cuidadores para una adecuada detección de necesidades y para el fomento de la implicación de la persona en el cuidado de su salud.
 |
| **RESPONSABLE DE LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN** |
| Consejería de Sanidad: Subdirección General de Continuidad Asistencial y Gerencia Asistencial de Atención Primaria. DG Coordinación de la Asistencia Sanitaria.Consejería de Políticas Sociales y Familia: DG Atención a la Dependencia y al Mayor / DG de Atención a Personas con Discapacidad. |
| **PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN** |
| Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. DG Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia.Oficina Regional de Salud Mental. Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.DG Sistemas de Información Sanitaria.Unidad de Formación Continuada de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.Gerencia de la Agencia Madrileña de Atención SocialSubdirección General de Gestión y Tramitación del Procedimiento de DependenciaSubdirección General de Valoración de la Discapacidad. |
| **INDICADORES** |
| * Existencia de un documento que defina los criterios de identificación de las personas con necesidades de atención sociosanitaria.
* Existencia de un documento que defina los parámetros para la valoración integral, social, clínica y funcional de la persona y su cuidador principal que aporte datos básicos para evaluar la necesidad de cuidados sanitarios y sociales.
* Porcentaje de personas con una valoración integral, social, clínica y funcional realizada respecto a la población diana identificada.
* Existencia de un protocolo que defina los contenidos de los planes individualizados de atención sociosanitaria, que integren la atención médica, los cuidados de enfermería, los cuidados sociales y las intervenciones en el área funcional.
* Porcentaje de personas con un plan individualizado de atención integral (sociosanitaria) respecto a la población con valoración integral realizada.
* Existencia de espacios de participación y mecanismos de expresión de los usuarios y familiares.
 |

## **5.2 ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN**

|  |
| --- |
|  |
| **ACTUACIONES** |
| * Creación de un Comité de Coordinación Sociosanitaria con la participación de la Consejería de Sanidad, de la Consejería de Políticas Sociales y Familia, así como de la Red de Servicios Sociales municipales.
* Formalización de protocolo común de colaboración por ambas Consejerías para la prestación de la asistencia sanitaria en los centros propios y concertados de la red pública de atención social (personas mayores, con discapacidad y con enfermedad mental) de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.
* Creación de comisiones sociosanitarias sectorizadas mediante equipos multidisciplinares compuestos por profesionales sanitarios de atención primaria y atención hospitalaria, así como profesionales de atención social primaria y atención social especializada, para la mejora de la coordinación de la atención a las personas, tanto en su entorno domiciliario como en los centros de la red pública de atención social.
* Establecimiento de la gestión del caso como el instrumento a través del cual se realiza la identificación de los casos, la valoración conjunta, la planificación, coordinación, seguimiento y evaluación de los resultados y se da continuidad a la atención sociosanitaria prestada a la persona.
* Continuar la actividad y potenciar la Comisión de Coordinación de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental, así como las estructuras de coordinación territorial a nivel de área y distrito sanitario, entre ambas redes.
* Definición de los roles profesionales y sus competencias: trabajador social de referencia en atención social primaria; equipo interdisciplinar del centro de la red pública de atención social (trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermero, médico, farmacéutico, dietista, etc.); médico, enfermero, fisioterapeuta, farmacéutico y trabajador social de atención primaria, enfermera educadora/entrenadora de cuidados; unidad de enlace hospitalario, especialista consultor y trabajador social de atención hospitalaria.
* Creación de unidades funcionales de gestión de riesgos en el ámbito sociosanitario para la prevención, detección y control de los riesgos asistenciales (procedimientos diagnósticos y terapéuticos potencialmente inapropiados, errores de medicación, accidentes por uso de dispositivos de contención, etc.), mejorando así la seguridad de los usuarios.
 |
| **RESPONSABLE DE LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN** |
| Consejería de Sanidad: Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. DG Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia.Consejería de Políticas Sociales y Familia: DG Atención a la Dependencia y al Mayor / DG de Atención a Personas con Discapacidad / Gerencia de la Agencia Madrileña de Atención Social. |
| **PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN** |
| Subdirección General de Continuidad Asistencial. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina Regional de Salud Mental. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. DG Coordinación de la Asistencia Sanitaria.Subdirección General de Gestión y Tramitación del Procedimiento de Dependencia. Gerencia de la Agencia Madrileña de Atención Social. Subdirección General de Atención a Personas con Discapacidad Física, Psíquica y Sensorial y con Enfermedad Mental.  |
| **INDICADORES** |
| * Elaboración de proyecto normativo para la creación del Comité de Coordinación Sociosanitaria.
* Formalización de Convenio Marco o Protocolo común de colaboración por ambas Consejerías.
* Nº de comisiones sociosanitarias creadas.
* Existencia de un documento marco de roles profesionales, que defina las competencias y el modelo organizativo.
* Porcentaje de trabajadores sociales de referencia implicados en el ámbito de la coordinación sociosanitaria.
* Porcentaje de trabajadores sociales de la atención social especializada implicados en el ámbito de la coordinación sociosanitaria.
* Porcentaje de hospitales con unidad/figura con funciones de enlace.
* Porcentaje de hospitales con especialistas consultores en geriatría, medicina interna, psiquiatría, etc.
* Número de unidades funcionales de gestión de riesgos constituidas.
 |

## **5.3 PROCEDIMIENTOS DE COORDINACIÓN DE RECURSOS Y SERVICIOS SOCIOSANITARIOS**

|  |
| --- |
| **ACTUACIONES** |
| * Elaboración de un mapa de servicios sociales y sanitarios interactivo, que incluya los centros de atención social (primaria, especializada y municipal) y su relación con los centros sanitarios de atención primaria y hospitales de referencia.
* Definición de las modalidades de atención sociosanitaria en función del lugar donde recibe la atención la persona.
* Mejora de la colaboración del sistema de salud y de servicios sociales estableciendo circuitos y procedimientos ágiles y eficaces en el proceso de valoración de las situaciones de dependencia y discapacidad.
* Establecimiento de un procedimiento que promueva la igualdad de acceso a los recursos independientemente de la edad de las personas.
* Establecimiento de rutas y procesos integrados de atención sociosanitaria:
	+ - Creación de circuitos y equipos asistenciales sectorizados que presten asistencia sanitara a los centros de la red pública de atención social que atienden a personas dependientes y que carecen de recursos sanitarios propios, mediante equipos móviles adscritos a los servicios de salud de atención primaria u hospitalaria.
		- Impulso dela coordinación sociosanitaria existente y consolidada entre la Red Sanitaria de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Políticas Sociales y Familia, a fin de asegurar una atención integral.
		- Procedimiento para la atención en consulta externa/interconsulta y e-consulta o teleconsulta para las personas complejas remitidas desde los centros de la red pública de atención social que atienden a personas definidas dentro del perfil de usuario sociosanitario.
		- Establecimiento de un circuito específico de atención urgente/preferente en el hospital para personas con complejidad remitidas desde los centros de la red pública de atención social que atienden a personas definidas dentro del perfil de usuario sociosanitario.
		- Establecimiento de un circuito especifico de atención a las personas con discapacidad y/o con graves trastornos de conducta en urgencias, que se active desde el triaje y favorezca una atención centrada en la humanización de los cuidados.
		- Establecimiento de un protocolo específico de hospitalización psiquiátrica breve para atender las descompensaciones psicopatológicas graves de las personas con discapacidad intelectual y graves trastornos de conducta. Estudiar la pertinencia de desarrollar una unidad de referencia para la atención hospitalaria de esta población.
		- Establecimiento de circuitos específicos de atención urgente para personas en programas de "*cuidados al final de la vida"* (paliativos), tanto si se encuentran en el hospital, centros de la red pública de atención social, como en el domicilio.
		- Procedimiento para la priorización y valoración para la atención de casos complejos que requieren ingreso hospitalario remitidos desde los centros de la red pública de atención social.
		- Planificación y procedimiento de altas hospitalarias, tanto a domicilio como al centro de la red pública de atención social, en su caso.
		- Protocolo para el seguimiento periódico de la situación sanitaria de casos complejos en los centros de la red pública de atención social que atienden a personas definidas dentro del perfil de usuario sociosanitario y en domicilio.
		- Existencia de un procedimiento normalizado para la gestión de medicación hospitalaria en las personas que se incluyan en el Programa de Hospitalización a Domicilio o ante alta hospitalaria precoz.
		- Procedimiento de dotación de medicamentos de urgencias en los centros de la red pública de atención social que atienden a personas con perfil de usuario sociosanitario y que disponen de profesionales para la prescripción y el uso de éstos.
		- Procedimiento para la implantación y desarrollo de un mecanismo de provisión de medicamentos y productos sanitarios y servicios de atención farmacéutica en centros de la red pública de atención social que atienden a personas con perfil de usuario sociosanitario y que disponen de infraestructuras y profesionales para la prescripción y el uso de éstos.
		- Establecimiento de circuitos asistenciales para la atención farmacéutica en pacientes pluripatológicos que precisen cuidados sociosanitarios (pacientes al alta precoz, con necesidades sociosanitarias domiciliarias, en hospitalización a domicilio, etc.).
		- Procedimientos de revisión de tratamientos, conciliación de la medicación entre niveles asistenciales.
		- Definición del procedimiento que en situaciones críticas, con espera desupervivencias cortas, y con ausencia de apoyo familiar, económico o social, permita acceder a los recursos sociales de forma urgente, reduciendo las gestiones burocráticas y facilitando la tramitación de los mismos aplicando la normativa vigente.
* Generación de cuidados intermedios, bien con el desarrollo de recursos intermedios entre los hospitales de agudos y las residencias o el domicilio, u otras soluciones de soporte entre los recursos ya existentes de ambos sectores.
* Impulso de los Servicios Especializados en Salud Mental para Personas con Discapacidad Intelectual que den soporte a la red de atención social a personas con discapacidad.
* Impulso de la ampliación de recursos en la Red de Atención Social a Personas con Discapacidad Intelectual.
* Consolidación del desarrollo y ampliación de los centros y recursos de atención social para personas con enfermedad mental grave y duradera.
* Impulso de la ampliación de recursos residenciales de mayores y centros de día.
* Impulso de la ampliación de plazas psicogeriátricas.
* Creación de un centro con plazas para atención a personas con "Perfil Sociosanitario".
* Elaboración y revisión de protocolos asistenciales sobre las áreas priorizadas para los diferentes colectivos de personas a las que atiende (mayores, personas con discapacidad física, neurosensorial e intelectual, enfermedad mental grave, menores, personas sin hogar, etc.).
* Establecimiento de acuerdos entre ambas Consejerías para compatibilizar la tramitación de procedimientos legalmente establecidos.
* Establecimiento de circuitos de comunicación entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Políticas Sociales y Familia para la agilización y tramitación de expedientes de forma bidireccional (valoraciones médicas para la solicitud de dependencia, discapacidad y valoraciones del reconocimiento del grado de dependencia en pacientes ingresados, etc.).
* Seguimiento proactivo de casos en la comunidad y domicilio, incorporando acciones e intervenciones planificadas y coordinadas entre los profesionales de los equipos multidisciplinares sociosanitarios, que contemplen espacios de comunicación e interrelación y permitan compartir información, asegurando intervenciones adecuadas, eficaces y eficientes.
* Elaboración de programas comunes de atención entre los sectores sanitario y social, dirigidos a la promoción de la salud y de la autonomía personal, así como a la prevención del deterioro funcional, fomentado actividades de capacitación para el autocuidado.
* Establecimiento de servicios de farmacia en las diferentes modalidades que determina el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en los centros de la red pública de atención social de más de 100 plazas de personas dependientes, que reúnan criterios o perfil de usuario sociosanitario y que dispongan de infraestructura y equipamiento adecuados para tal fin.
* Diseño de programas integrales de revisión de los tratamientos, dirigidos a la prevención de errores de medicación y a garantizar los resultados en salud de los tratamientos prescritos.
* Establecimiento de marcos de colaboración público-privada y con las redes de servicios de organizaciones sin ánimo de lucro capacitadas.
 |
| **RESPONSABLES DE LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN** |
| Consejería de Sanidad: Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. DG Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia.Consejería de Políticas Sociales y Familia: DG Atención a la Dependencia y al Mayor / DG de Atención a Personas con Discapacidad / Gerencia de la Agencia Madrileña de Atención Social. |
| **PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN** |
| Subdirección General de Continuidad Asistencial. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina Regional de Salud Mental. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. DG de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.DG Sistemas de Información Sanitaria.Unidad de Formación Continuada de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.Gerencia de la Agencia Madrileña de Atención Social. Subdirección General de Gestión y Tramitación del Procedimiento de Dependencia.Subdirección General de Servicios para Personas Mayores.Subdirección General de Atención a Personas con Discapacidad Física, Psíquica y Sensorial y con Enfermedad Mental. |
| **INDICADORES** |
| * Existencia de un documento que recoja el mapa territorial de recursos y servicios sociales y sanitarios, incluyendo los centros de la red pública de atención social y su relación con los centros de atención primaria y hospitales de referencia.
* Existencia de documento que defina las modalidades de atención sociosanitaria en función del lugar donde se recibe la atención.
* Existencia de un protocolo para mejorar la colaboración del sistema de salud y de servicios sociales en el proceso de valoración de las situaciones de dependencia y de discapacidad.
* Porcentaje de personas valoradas de forma colaborativa respecto al total de personas con la valoración de la dependencia realizada.
* Nº de rutas y programas integrados de atención sociosanitaria documentados.
* Nº de personas incluidas en cada una de las rutas y programas integrados de atención sociosanitaria documentados.
* Nº de recursos intermedios/soluciones de soporte creados.
* Porcentaje de personas en domicilio con seguimiento activo respecto al total de personas en domicilio con plan de atención integral individualizado.
* Porcentaje de centros de la red pública de atención social con más de 100 plazas, que atiende a usuarios con perfil sociosanitario, en los que se ha autorizado e implantado servicio de farmacia según Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
* Porcentaje de centros sociosanitarios en los que se ha instalado y supervisado o gestionado por la Subdirección General de Farmacia del Servicio Madrileño de Salud "Botiquines de Urgencias y Medicación de Carros de Paradas“ y que reúnan criterios de pertinencia previa para ello.
* Existencia de programas integrales de revisión de los tratamientos.
* Existencia de un informe de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales disponible en la historia clínica y accesible desde todos los ámbitos asistenciales.
* Número de convenios de colaboración público-privada y con las de redes de servicios de organizaciones sin ánimo de lucro formalizados.
 |

## **5.4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

|  |
| --- |
|  |
| **ACTUACIONES** |
| * Definición del conjunto mínimo de datos sociosanitarios y el grado de integración que requiere la información para que la coordinación resulte eficaz, asegurando la confidencialidad de los datos.
* Habilitación de una herramienta de registro de casos sociosanitarios para todos los colectivos de personas de la red pública de atención social.
* Elaboración y puesta en marcha de procedimientos para compartir la información sanitaria y social sobre la persona, facilitando la toma de decisiones y dotación de recursos.
* Establecimiento de mecanismos que permitan relacionar la información generada en la atención del sector sanitario y social, y tender al mayor acercamiento posible entre la historia clínica y la historia social de la persona.
* Adaptación de los niveles de acceso e incorporación de nuevas funcionalidades en la Historia Clínica de Atención Primaria (AP-Madrid), determinados por los responsables asistenciales, para la integración de los centros de la red pública de atención social.
* Adaptación de los niveles de acceso e incorporación de nuevas funcionalidades en la Historia Clínica de Atención Primaria (AP-Madrid), determinados por los responsables asistenciales, para la integración de los centros integrales de atención al drogodependiente.
* Establecimiento de nuevos canales de comunicación entre profesionales que permitan el intercambio de información de manera eficiente.
* Generación de espacios virtuales de colaboración e información de pacientes y profesionales.
* Utilización de soluciones tecnológicas para la comunicación y la atención remota, en el ámbito de la telemedicina y de la teleasistencia social.
* Análisis y en su caso implantación, de herramientas que durante la atención a domicilio, faciliten al profesional acceso a la información clínica, incorporación de las constantes que se tomen durante la visita e incluso realización de teleconsulta en directo con otro/s profesional/es.
* Establecimiento de sistemas de seguimiento y evaluación de la calidad a través de los sistemas de información, para facilitar el análisis de indicadores y permitir el seguimiento de los resultados y la evaluación de la calidad de las actuaciones puestas en marcha.
* Dar visibilidad en la aplicación HORUS a la información sociosanitaria registrada en los actuales sistemas de información de los servicios sociales (HIRE).
* Adaptación y/o desarrollo de sistemas de información para que se puedan aplicar los protocolos determinados por los responsables asistenciales para el desarrollo de contenidos temáticos concretos a incluir en las comunicaciones de atención personalizada predeterminadas por el centro de atención del servicio de teleasistencia: prevención, promoción de envejecimiento activo y saludable, entornos y conductas seguras u otros de interés.
* Adaptación y/o desarrollo de sistemas de información para que se puedan aplicar los protocolos de colaboración sociosanitaria determinados por los responsables asistenciales para la atención a la cronicidad con el apoyo de las nuevas tecnologías en cuidados de salud:
* Soporte a la monitorización del estado de salud.
* Soporte en la comunicación sobre temas de salud.
* Soporte a la realización de consultas médicas en el domicilio.
* Acceso a información sociosanitaria compartida.
* Soporte al cuidador domiciliario.
* Soporte a la gestión de citas médicas.
* Soporte a la gestión de receta electrónica.
* Soporte para el control de la medicación.
* Asistencia y soporte en terapias (antitabaco, obesidad, etc.).
* Elaboración de protocolos de colaboración sociosanitaria para el desarrollo de oferta de servicios basados en la telemedicina como la automonitorización.
* Desarrollo de herramientas informáticas de apoyo a la prescripción y a la toma de decisiones participadas con los pacientes.
 |
| **RESPONSABLES DE LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN** |
| Consejería de Sanidad: DG Sistemas de Información Sanitaria.Agencia para la Administración Digital de la Comunidad de Madrid (Madrid Digital).Consejería de Políticas Sociales y Familia: DG Atención a la Dependencia y al Mayor / DG de Atención a Personas con Discapacidad / Gerencia de la Agencia Madrileña de Atención Social. |
| **PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN** |
| Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. DG Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia.Subdirección General de Continuidad Asistencial. Oficina Regional de Salud Mental. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. SIS de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. DG Coordinación de la Asistencia Sanitaria.Gerencia de la Agencia Madrileña de Atención Social. Subdirección General de Gestión y Tramitación del Procedimiento de Dependencia.Subdirección General de Servicios para Personas Mayores.Subdirección General de Atención a Personas con Discapacidad Física, Psíquica y Sensorial y con Enfermedad Mental. |
| **INDICADORES** |
| * Existencia de un documento que defina el conjunto mínimo de datos sociosanitarios y el grado de integración que requiere la información.
* Existencia de una herramienta informática para el registro de casos sociosanitarios implantada.
* Nº de personas incluidas en el registro sociosanitario.
* Existencia de herramientas informáticas implantadas (historia sociosanitaria integrada, telemedicina).
* Porcentaje de centros de salud en los que estén implantadas las herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales.
* Porcentaje de hospitales en los que estén implantadas las herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales.
* Porcentaje de centros de la red pública de atención social en los que estén implantadas las herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales.
* Porcentaje de centros con módulos implantados de ayudas a la prescripción y a la toma de decisiones compartidas.
* Porcentaje de centros de la red pública de atención social integrados en una historia integral sociosanitaria única.
 |

## **5.5 FORMACIÓN CONTINUADA DE PROFESIONALES**

|  |
| --- |
|  |
| **ACTUACIONES** |
| * Elaboración de un plan de formación conjunto que capacite a los profesionales en el nuevo modelo de gestión sociosanitaria, posibilite un mayor conocimiento de las competencias que atañen a cada sector e incluya técnicas de trabajo en equipo y habilidades para afrontar las situaciones según el modelo de intervención.
* Formación específica para la mejora de las competencias y las habilidades: formación en habilidades sociales para el trabajo en equipo y el liderazgo orientado a la coordinación, el enfoque paliativo en el alivio del sufrimiento en los diferentes niveles asistenciales y categorías profesionales, la valoración neuropsicológica del paciente con déficit cognitivo, las habilidades necesarias para empoderar al paciente en su propio autocuidado y el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.
* Fomento del desarrollo de Unidades Docentes Multiprofesionales para la especialización en Geriatría, Medicina y Enfermería de Familia y Comunitaria y Pediatría (MIR y EIR) en aquellos centros en los que sea posible, convenios docentes con universidades, trabajos de investigación en el área asistencial en colaboración con organismos externos acreditados, etc.
* Elaboración de un Plan Estratégico de Formación en el área de la atención sociosanitaria, entre ambas consejerías para los profesionales del sector propiciando canales formativos a través de la teleformación.
* Diseño de programas de actualización de conocimientos y técnicas de “reciclaje” para los profesionales de los servicios sociales y sanidad, que incluya periodos de rotación de estos profesionales en las diferentes redes en las que se desarrolla su trabajo.
* Fomento dela participación conjunta de los profesionales de los centros de la red pública de atención social y de los hospitales de referencia u hospitales con programas monográficos del Servicio Madrileño de Salud, en sesiones clínicas para el abordaje, exposición y estudio de casos conjuntos.
* Establecimiento de programas de formación y capacitación de personas cuidadoras profesionales y no profesionalizadas.
 |
| **RESPONSABLES DE LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN** |
| Consejería de Sanidad: Subdirección General de Formación. DG Planificación, Investigación y Formación.Consejería de Políticas Sociales y Familia: Secretaría General Técnica /DG Atención a la Dependencia y al Mayor / DG de Atención a Personas con Discapacidad / Gerencia Agencia Madrileña de Atención Social. |
| **PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN** |
| Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. DG Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia.Subdirección General de Continuidad Asistencial. Oficina Regional de Salud Mental. Unidad de Formación Continuada de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.Gerencia de la Agencia Madrileña de Atención Social. Subdirección General de Gestión y Tramitación del Procedimiento de Dependencia.Subdirección General de Atención a Personas con Discapacidad Física, Psíquica y Sensorial y con Enfermedad Mental. |
| **INDICADORES** |
| * Existencia de un plan de formación continuada para el abordaje de la atención y coordinación sociosanitaria, dirigido a los profesionales del ámbito social y sanitario de la Comunidad de Madrid, que incluya los itinerarios formativos a desarrollar.
* Nº de profesionales formados en alguno de los itinerarios formativos contemplados en el plan de formación continuada.
* Porcentaje de profesionales formados en alguno de los itinerarios formativos contemplados en el plan de formación continuada.
* Nº de profesionales incluidos en programas de actualización de conocimientos y técnicas de “reciclaje”.
* Nº de sesiones celebradas con participación conjunta de profesionales de los centros de la red pública de atención social y de los hospitales.
* Nº de contenidos educativos elaborados y desarrollados para apoyo y capacitación del cuidador.
 |

## **5.6 SISTEMAS DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN ECONÓMICA**

|  |
| --- |
|  |
| **ACTUACIONES** |
| * Establecimiento de medidas de financiación dirigidas a fomentar la puesta en marcha de los programas que favorezcan la atención integral eficiente, la coordinación y la valoración conjunta de las necesidades sociosanitarias de las personas.
* Establecimiento de financiación conjunta para la provisión de servicios dentro del llamado espacio sociosanitario, que serán afrontados por ambos sectores.
* Optimización de costes a través de fórmulas que aseguren un aumento de la eficiencia en los servicios para obtener una mayor cobertura con una misma dotación presupuestaria persiguiendo la racionalización y contención del crecimiento del gasto.
* Delimitación de las responsabilidades económicas de cada sector en su dotación presupuestaria para la prestación de servicios conjuntos de atención integral.
 |
| **RESPONSABLES DE LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN** |
| Consejería de Sanidad: DG Gestión Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias.Consejería de Políticas Sociales y Familia: DG Atención a la Dependencia y al Mayor / DG de Atención a Personas con Discapacidad / Gerencia de la Agencia Madrileña de Atención Social. |
| **PARTICIPANTES EN LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN** |
| Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. DG Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia.Subdirección General de Continuidad Asistencial. Unidad de Formación Continuada de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. DG de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.Secretaría General Técnica. Consejería de Políticas Sociales y Familia. |
| **INDICADORES** |
| * Existencia de programas con financiación mixta, delimitando las responsabilidades económicas de cada sector en su dotación presupuestaria para la prestación de servicios conjuntos de atención integral.
 |

# **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

El seguimiento y evaluación de la estrategia se realizará a dos niveles:

* En el seno del Comité de Coordinación Sociosanitaria, que asegurará el apoyo institucional que un proyecto de estas características precisa.
* Comisión Operativa de Seguimiento y Evaluación, presidida por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria y por la Gerencia de la Agencia Madrileña de Atención Social, que centralizará la información derivada de la estrategia, promoverá la realización de las actividades y servirá de soporte al Comité.

Semestralmente se realizará un seguimiento de la estrategia monitorizando los indicadores propuestos en cada línea estratégica. Anualmente se realizará una evaluación para medir el resultado de la implementación de las medidas conjuntas puestas en marcha y detectar oportunidades de mejora.

Sistemáticamente se publicarán los resultados obtenidos en la evaluación sobre la implementación de medidas conjuntas, como medida de transparencia y de compromiso con los objetivos fijados.

# **CRONOGRAMA**

|  | **dic 17** | **Jun 18** | **dic 18** | **jun 19** | **dic 19** | **Jun****20** | **Dic 20** | **Jun 21** | **Dic 21** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VALORACIÓN INTEGRAL DE LAS SITUACIONES PERSONALES QUE REQUIEREN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA** |
| Definición perfil de la persona con necesidades de atención sociosanitaria |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Determinación de la población diana |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Establecimiento de un sistema de valoración  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaboración de planes individualizados de atención |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Generación de espacios de participación  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN** |
| Creación de Comité de Coordinación Sociosanitaria  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Protocolo de colaboración por ambas Consejerías  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Creación de comisiones sociosanitarias sectorizadas  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Establecimiento de la gestión del caso  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comisión de Coordinación de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Definición de los roles profesionales y sus competencias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Creación de unidades funcionales de gestión de riesgos  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PROCEDIMIENTOS DE COORDINACIÓN DE RECURSOS Y SERVICIOS SOCIOSANITARIOS** |
| Elaboración de un mapa de servicios sociales y sanitarios interactivo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Definición de las modalidades de atención sociosanitaria  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Colaboración en valoración de dependencia y discapacidad. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Procedimiento que promueva la igualdad de acceso a los recursos  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rutas y procesos integrados de atención sociosanitaria: |
| * Equipos asistenciales que presten asistencia sanitara a centros de la red pública de atención social que carecen de recursos sanitarios
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Coordinación entre Red Sanitaria de Salud Mental y Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Atención en consulta externa/interconsulta y e-consulta o teleconsulta a personas remitidas desde centros de atención social
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Circuito específico de atención urgente/preferente en el hospital para personas remitidas desde centros de atención social
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Circuito especifico de atención a personas con discapacidad y/o con graves trastornos de conducta en urgencias
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Protocolo de hospitalización psiquiátrica breve para atender las descompensaciones psicopatológicas graves
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Circuitos específicos de atención urgente para personas en programas de "cuidados al final de la vida" (paliativos)
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Priorización para la atención de casos complejos que requieren ingreso hospitalario remitidos desde centros de atención social.
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Planificación de altas hospitalarias
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Seguimiento periódico de la situación sanitaria de casos complejos en los centros de la red pública de atención social y en domicilio
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Procedimiento para gestión de medicación hospitalaria en personas Programa de Hospitalización a Domicilio o alta hospitalaria precoz
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Dotación de medicamentos de urgencias en los centros de atención social con profesionales para la prescripción y el uso de éstos
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Provisión de medicamentos y productos sanitarios y servicios de atención farmacéutica en centros de atención social
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Circuitos asistenciales para la atención farmacéutica en pacientes pluripatológicos que precisen cuidados sociosanitarios
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Revisión de tratamientos, conciliación de la medicación entre niveles
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Procedimiento que en situaciones críticas permita acceder a los recursos sociales de forma urgente
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Generación de cuidados intermedios de soporte  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Impulso de los Servicios Especializados en Salud Mental para Personas con Discapacidad Intelectual  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ampliación de recursos en la Red de Atención Social a Personas con Discapacidad Intelectual. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Desarrollo y ampliación de los centros y recursos de atención social para personas con enfermedad mental grave y duradera. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ampliación de recursos residenciales de mayores y centros de día. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Impulso de la ampliación de plazas psicogeriátricas. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Creación de un centro con plazas para atención a personas con "Perfil Sociosanitario" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaboración y revisión de protocolos asistenciales sobre las áreas priorizadas para los diferentes colectivos de personas a las que atiende  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Establecimiento de acuerdos entre ambas Consejerías para compatibilizar la tramitación de procedimientos legalmente establecidos. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Circuitos de comunicación entre Consejería de Sanidad y la de Políticas Sociales y Familia para la agilización y tramitación de expedientes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seguimiento proactivo de casos en la comunidad y domicilio entre los profesionales de los equipos multidisciplinares sociosanitarios |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Programas comunes de atención entre los sectores sanitario y social, dirigidos a la promoción de la salud y de la autonomía personal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Servicios de farmacia en las diferentes modalidades que determina el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, en los centros de atención social de más de 100 plazas de personas dependientes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Programas integrales de revisión de los tratamientos, dirigidos a la prevención de errores de medicación  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Establecimiento de marcos de colaboración público-privada y con las redes de servicios de organizaciones sin ánimo de lucro capacitadas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SISTEMAS DE INFORMACIÓN** |
| Conjunto mínimo de datos sociosanitarios y el grado de integración  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Registro de casos sociosanitarios  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Procedimientos para compartir la información sanitaria y social  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Relacionar información generada en latención del sector sanitario y social |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Integración de los centros de la red pública de atención social en la Historia Clínica de Atención Primaria  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Integración de los centros integrales de atención al drogodependiente en la Historia Clínica de Atención Primaria |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nuevos canales de comunicación entre profesionales  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Espacios virtuales de información de pacientes y profesionales. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Utilización de soluciones tecnológicas para la comunicación y la atención remota, en el ámbito de la telemedicina y de la teleasistencia social. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Herramientas que durante la atención a domicilio, faciliten al profesional acceso a la información clínica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sistemas de seguimiento y evaluación de la calidad  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dar visibilidad en HORUS a la información sociosanitaria de HIRE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sistemas de información para aplicar los protocolos del centro de atención del servicio de teleasistencia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sistemas de información para aplicar los protocolos de colaboración sociosanitaria para la atención a la cronicidad con nuevas tecnologías  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Herramientas informáticas de apoyo a la prescripción y a la toma de decisiones participadas con los pacientes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FORMACIÓN CONTINUADA DE PROFESIONALES** |
| Plan de formación conjunto que capacite a los profesionales en el nuevo modelo de gestión sociosanitaria |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Formación específica para mejora de las competencias y las habilidades |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Desarrollo de Unidades Docentes Multiprofesionales para especialización en Geriatría, Medicina y Enfermería de Familia y Comunitaria y Pediatría |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Plan Estratégico de Formación en atención sociosanitaria, entre ambas consejerías propiciando canales formativos a través de la teleformación. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diseño de programas de actualización de conocimientos y técnicas de “reciclaje” para los profesionales de los servicios sociales y sanidad |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Participación conjunta de los profesionales de los centros de atención social y de los hospitales de SERMAS, en sesiones clínicas  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Establecimiento de programas de formación y capacitación de personas cuidadoras profesionales y no profesionalizadas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SISTEMAS DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN ECONÓMICA** |
| Financiación para la puesta en marcha de los programas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Financiación conjunta del espacio sociosanitario,  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Optimización de costes a través de fórmulas que aumenten la eficiencia  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Delimitación de las responsabilidades económicas de cada sector en su dotación presupuestaria para la prestación de servicios conjuntos  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# **MEMORIA ECONÓMICA**

En la ejecución y seguimiento de las actividades programadas en la Ruta Sociosanitaria se utilizarán los recursos humanos, materiales y presupuestarios de las Consejerías de Sanidad y de Políticas Sociales y Familia. La aplicación de algunas de las medidas contempladas conllevará un incremento de la eficiencia y por tanto un ahorro y redistribución de costes, para afrontar esta ruta con las garantías suficientes. Además, podrá invertirse el margen ganado en otras actividades que sí requieren un presupuesto específico.

De las 69 actividades programadas, se estima que 45 pueden realizarse con recursos propios de ambas consejerías, lo que supone que un 65% del total de las actividades planificadas podrán llevarse a cabo sin inversiones añadidas de consideración. El resto de actuaciones sí precisará presupuesto adicional.

|  |
| --- |
| **GASTO ANUAL CONSOLIDADO ESPACIO SOCIOSANITARIO SANIDAD** |
|  |  |  |  |
|   | SANIDAD |  |
|   | ATENCION PRIMARIA | HOSPITALES |  |
| FARMACIA POR RECETAS AMAS Y CONCERTADAS | 23.181.400 |   |  |
| HOSPITALES MEDIA Y LARGA ESTANCIA PUBLICOS |   | 42.602.645,95 |  |
| HOSPITALES MEDIA Y LARGA ESTANCIA CONCERTADOS |   | 19.726.671,73 |  |
| HOSPITALES PSIQUIATRICOS MEDIA Y LARGA ESTANCIA PUBLICOS |   | 25.796.734,29 |  |
| HOSPITALES PSIQUIATRICOS MEDIA Y LARGA ESTANCIA PUBLICOS |   | 21.084.716,27 |  |
| SUBTOTAL | 23.181.400 | 109.210.768,25 |  |
| TOTAL | **132.392.168,25** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **GASTO ANUAL CONSOLIDADO ESPACIO SOCIOSANITARIO POLÍTICAS SOCIALES Y FAMILIA** |
|  |  |  |  |
|   | POLÍTICAS SOCIALES Y FAMILIA |  |
|   |  | IMPORTE |  |
| A.M.A.S. MAYORES (RESID+C.DÍA) NIVELES II-III DEPENDENCIA | 155.000.000,00 |  |
| A.M.A.S. DISCAPACIDAD INTELECTUAL (RES+C.DÍA+CO) NIVELES II-III DEPENDENCIA | 50.000.000,00 |  |
| DIR. GRAL. DEPENDENCIA Y MAYOR GESTIÓN INDIRECTA | 58.969.000,00 |  |
| DIR. GRAL. DEPENDENCIA Y MAYOR VARIOS TIPOS DE GESTIÓN  | 200.000.000,00 |  |
| DIR. GRAL DISCAPACIAD FÍSICA+INTELECTUAL (RESTANDO PLAZAS DISCAPACIDAD INTELECTUAL AMAS)  | 99.500.000,00 |  |
| RED ATENCIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL (RESIDENCIAS) | 19.695.000,00 |  |
| RED ATENCIÓN SOCIAL EN SALUD MENTAL (CENTROS DE DÍA) | 12.756.000,00 |  |
| TOTAL |  | **595.920.000,00** |
| **PRESUPUESTO NUEVAS ACCIONES RUTA SOCIOSANITARIA** |
|  | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **TOTAL** | **% Sanidad** | **Gasto total Sanidad** | **% S Sociales** | **Gasto total Servicios Sociales** |
| **VALORACIÓN INTEGRAL DE LAS SITUACIONES PERSONALES QUE REQUIEREN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA** | 12.197 | 1.624.555  | 3.055.180  | 3.055.180  | 3.055.180  | 10.802.290  | 50% | 5.360.393 € | 50% | 5.441.897 € |
| **ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN** | 3.155  | 0  | 3.155  | 2.600.000  | 2.600.000  | 5.206.310  | 0% | 3.155 € | 100% | 5.203.155 € |
| **PROCEDIMIENTOS DE COORDINACIÓN DE RECURSOS Y SERVICIOS SOCIOSANITARIOS** | 1.783.214  | 9.149.421  | 14.893.558  | 26.346.739  | 28.006.550  | 76.790.267  | 28% | 21.209.371 € | 72% | 55.580.896 € |
| **SISTEMAS DE INFORMACIÓN** | 0  | 675.000  | 1.025.000  | 1.025.000  | 1.025.000  | 3.750.000  | 57% | 2.125.000 € | 43% | 1.625.000 € |
| **FORMACIÓN CONTINUADA DE PROFESIONALES** | 0  | 128.207  | 102.624  | 102.624  | 102.624  | 436.078  | 50% | 218.039 € | 50% | 218.039 € |
| **TOTAL** | 1.798.566  | 10.902.183  | 18.054.516  | 32.104.543  | 33.764.354  | **96.984.945**  | **30%** | **28.915.958**  | **70%** | **68.068.988**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NUEVAS ACCIONES CON PRESUPUESTO COMPLEMENTARIO** |
|  | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **TOTAL** | **% Sanidad** | **Gasto total Sanidad** | **% S Sociales** | **Gasto total Servicios Sociales** |
| **VALORACIÓN INTEGRAL DE LAS SITUACIONES PERSONALES QUE REQUIEREN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA** | 0  | 1.523.144  | 3.046.287  | 3.046.287  | 3.046.287  | 10.662.005  | 50% | 5.331.002  | 50% | 5.331.002  |
| **ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN** | 0  | 0  | 0  | 2.600.000  | 2.600.000  | 5.200.000  | 0% | 0  | 100% | 5.200.000  |
| **PROCEDIMIENTOS DE COORDINACIÓN DE RECURSOS Y SERVICIOS SOCIOSANITARIOS** | 1.216.810  | 7.388.138  | 12.898.926  | 18.580.253  | 21.201.556  | 57.896.466  | 12% | 7.223.190  | 88% | 50.673.276  |
| **SISTEMAS DE INFORMACIÓN** | 0  | 525.000 | 875.000  | 875.000  | 875.000  | 3.150.000  | 48% | 1.525.000  | 52% | 1.625.000  |
| **TOTAL** | 1.798.566  | 10.902.183  | 18.054.516  | 32.104.543  | 33.764.354  | **76.908.471**  | **18%** | **14.079.193**  | **82%** | **62.829.279**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **TOTAL** |  |  |  |  |
| **INVERSION** | 1.200.000  | 5.853.750  | 10.507.500  | 15.161.250  | 17.168.750  | **49.891.250**  |  |  | 100% | 49.891.250  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Incremento anual inversiones | **1.200.000**  | **4.653.750**  | **4.653.750**  | **4.653.750**  | **2.007.500**  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Incremento Nuevas plazas | 150 | 200 | 200 | 200 | 100 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **TOTAL** |  |  |  |  |
| **RESTO ACTUACIONES** | 16.810 | 3.582.531  | 6.312.713  | 9.940.290  | 10.554.093  | **27.017.221**  | 52% | 14.079.193  | 48% | 12.938.029€ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Incremento anual | **16.810**  | **3.565.721**  | **2.730.182**  | **3.627.577**  | **613.803**  |  |  |  |  |  |

# **REFERENCIAS NORMATIVAS**

* Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128 (29 de mayo de 2003).

<http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>

* Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. BOCM nº 88 (14 de abril de 2003).

http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Dmgr\_staticFiles\_lsscm.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1158578969612&ssbinary=true

* Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE nº 299 (15 de diciembre de 2006).

<http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

* Decreto 122/1997, de 2 de octubre, en el que se estableció el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de Enfermedades Mentales Graves y crónicas con problemas de integración social, en diferentes centros de servicios sociales especializados. BOCM nº 240 (9 de octubre de 1997).

http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&nmnorma=465&cdestado=P

* Resolución 36/2014, de 28 de julio, de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, por la que se crea la Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria del Servicio Madrileño de Salud y se establece su composición, funciones y régimen de funcionamiento.

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DResoluci%C3%B3n+36-2014+de+28+de+julio.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352857451111&ssbinary=true>

* Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403

# **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
3. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013.
4. Tercer Informe sobre Demografía. Comisión Europea de Estadística (Eurostat). 2011. Disponible en [http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docld=6688Єlanngld=en](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docld=6688Єεlanngld=en%20)
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal de la Dependencia [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [actualizada a 31 de octubre de 2016]. Disponible en: [http://www.dependencia.imserso.gob.es](http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/documentacion/d_clic/index.htm)
6. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2016. Madrid: Consejería de Sanidad. Datos en proceso de publicación.
7. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Croni.net Nº 10 [internet].Madrid: Consejería de Sanidad; 2016. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1354319576173&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pv=1354353289923>
8. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Informes estratificación [sede web]. Madrid: Consejería de Sanidad; [acceso 18 de diciembre de 2016]. Disponible en:<https://informesestratificacion.salud.madrid.org/>
9. Tratado de Geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Editorial IM&C; 2007: 151-265.
10. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Memoria 2015. Servicio Madrileño de Salud. Madrid: Consejería de Sanidad; 2016.
11. Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. Tercer Plan de Acción para Personas con Discapacidad. Madrid: Consejería de Asuntos Sociales; 2012. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\_InfPractica\_FA&cid=1354565353797&idConsejeria=1109266187278&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1354503014837&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109170600517
12. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid. Estadísticas de Personas con Discapacidad en la Comunidad de Madrid [sede web]. Madrid: Consejería de Políticas Sociales y Familia; 2015. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142560100757&idConsejeria=1109266187278&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1354503014837&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266100977>
13. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008. Madrid: Consejería de Sanidad; 2002.
14. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Madrid: Consejería de Sanidad; 2010.
15. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid. Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. [sede web]. Madrid: Consejería de Políticas Sociales y Familia; Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142614831629&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura>
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Asesor de Sanidad. Informe sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria de 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
17. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Geriatría 2011-2015. Madrid: Consejería de Sanidad; 2011.Disponible en:http://www.smgg.es/images/articulos/Plan-Geriatria-Comunidad-Madrid.pdf

# Otra Bibliografía Consultada

* Atención a las personas en situación de dependencia en España. "Libro Blanco”. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) 1ª Edición. Madrid. 2005.
* Abellán García, Antonio; Vilches Fuentes, Juan; Pujol Rodríguez, Rogelio (2014). “Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 6. [Fecha de publicación: 14/02/2014]. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de la Salud. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
* Girbau García Mª R, Galimany Masclansb J y Salas Miravitllesa K. “Cuidados de enfermería y las tecnologías de la información y la comunicación”. Nursing. 2010;28 (1): 60-63.
* Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
* Defensor del Pueblo. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y de la Asociación. Multidisciplinaria de Gerontología. Madrid: Defensor del Pueblo; 2000.

